Nr. 2. 8. stycznia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O kokluszu w wieku dziecięcym *).

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci. Lek. Nacz.: Dr: Wł: Szenajch:

Nie wiem, czy jest w medycynie druga jednostka chorobowa, którąby była tak rozpowszechniona, jak koklusz i mimo to, tak bardzo zapoznana. Wyrazem rozpowszechnienia jest fakt, że tak dużo dzieci przechodzi koklusz, wyrazem zapoznania jest fakt, że opinja lekarska co do istoty tej choroby jest tak niepokojąco harmonijna i jednomyślnie ustalona.

Ta jednomyślność powtarzająca się ze stereotypową, skąpą tożsamością treści, czy to w podręcznikach, czy ustnie nie jest dla mnie bynajmniej dowodem poznania. Nad chorobą tą niema dyskusji, a jeżeli się o niej czyta „naukowe" przyczynki — to są zazwyczaj mniej lub więcej bezkrytyczne notatki na temat takiego lub owakiego środka leczniczego. Jeżeli szukanie nowego leku na tę chorobę świadczy o jej rozpowszechnieniu i o szlachetnych chęciach świata lekarskiego, to brak dyskusji na temat kokluszu świadczy o braku poznania tej choroby.

Wystarczy porównać z kokluszem inną chorobę np. gruźlicę, której każdy szczegół, czy to pod względem klinicznym, czy naukowym, jest bezustannie źródłem huraganowego ognia dyskusji. Największy sceptyk przeczuwa, że im większa dyskusja tem bliżsi jesteśmy poznania gruźlicy, i równocześnie ten sam sceptyk z uznaniem musi stwierdzić konkretne pod względem utylitarnym, a więc choćby tylko pod względem społecznym, błogosławione i owocne wyniki tej dyskusji. Ta żywa walka pojęć w klinice gruźlicy przyczyni się i w pedjatrji nie tylko do lepszego poznania gruźlicy, ale par ricochet odbić się musi na bliższem poznaniu kokluszu. W męskim ogniu dyskusji gruźliczej nie spłonie sprawa kokluszu, ale przeciwnie zacznie żyć!

Wyrazem zapoznania kokluszu jest nie tylko brak dyskusji nad jego istotą, ale właśnie z uporem zakorzenione przekonanie, że istotą choroby jest jej jeden objaw, t. j. charakterystyczny kaszel. Przez ten przesąd a priori zabija się z góry duszę tej choroby, a pozbawiając ją jej wnętrza — czyli treści — odbiera się każdemu chęć poznania resztki, t. j. czegoś, co jest banalne, a więc nie budzące interesu, nie warte wysiłków, nie godne dyskusji i nie potrzebujące poznania.

Dalszem świadectwem zapoznania tej choroby jest fakt, dobrze znany każdemu lekarzowi, że się koklusz fałszywie rozpoznaje. Dowodzi to tylko o jego trudnościach diagnostycznych, właściwych zresztą wielu innym chorobom, które się też fałszywie rozpoznaje, choć się je caeteris paribus zna. Dowodem również zapoznania jest uderzający brak oddziałów kokluszowych w szpitalach dziecięcych. Świat lekarski stwierdza czynem, że uważa tę jednostkę chorobową za quantité négligeable, nie budzącą interesu klinicznego. Świat lekarski zadawala się obserwacją tej choroby w ambulatorjum, albo obserwacją i leczeniem finału tej choroby u dzieci, które w stanie agonalnym przybywają do szpitala i ze względów humanitarnych nie mogą być nie przyjęte. Brak jest oddziałów poświęconych tej chorobie na wzór oddziałów poświęconych wyłącznie płonicy, błonicy, gruźlicy. Oczywiście nie znaczy to, abym przez to imputował jakiemukolwiek szpitalowi brak przypadków rasowego kokluszu na oddziałach wewnętrznych, chirurgicznych, skórnych, odrowych, błoniczych itp. Może się to dziać z wiedzą lub bez wiedzy lekarza, nie wątpię, że zawsze dzieje się bez jego winy. Bezwzględna izolacja, albo eksmisja choroby, która jest „rozpowszechniona" jest fizyczną niemożliwością, jak niemożliwością jest pozbyć się w jakimkolwiek szpitalu kiły, lub gruźlicy. Ale mimo tej „doktrynalnej" niemożliwości istnieją oddziały poświęcone wyłącznie gruźlicy, kile, czy nawet cukrzycy dziecięcej. Dlaczego koklusz stanowi pod tym względem wyjątek? Brak szpitali kokluszowych nie jest własnością naszych stosunków, ale także stosunków zagranicznych. W Paryżu jedynym odziałem, poświęconym tej rozpowszechnionej chorobie, jest niewielki oddzialik prof. Teissier'a w szpitalu Claude Bernarda dla chorób zakaźnych.

Uważam, że jak wyrazem i wynikiem zapoznania kokluszu jest brak oddziałów wyłącznie przeznaczonych na obserwację i leczenie tej choroby, tak równocześnie brak ten przyczynia się w wielkiej mierze do dalszego ignorowania kokluszu i w powstającem w ten sposób błędnem kole hamuje i paraliżuje możność gruntownego poznania tego cierpienia. Bez placówki klinicznej — nie podobna poznać choroby, bez poznania nie można leczyć racjonalnie, ani pod względem naukowym, ani społeczno-lekarskim. Poznanie kokluszu na specjalnym oddziele szpitalnym jest jedyną rękojmią obudzenia *martwej dziś dyskusji* nad kliniką tej choroby.

Cennym przyczynkiem do poznania filozofji błędów lekarskich, stało się dzieło znanego psychjatry Bleulera o autystycznem myśleniu w medycynie. Autor z przenikliwie bystrą obserwacją klinicysty wykazuje dowodnie na przykładach, zaczerpniętych z historji filozofji i z codziennego życia lekarskiego — że jednym z najsilniejszych źródeł błędów lekarskich jest ten autystyczny sposób rozumowania, wygodny w swoim kwietyzmie, ale niebezpieczny, bo oparty tout au fond na ślepej wierze w tradycję i w cudzą, a nie własną zdobycz. Niema wątpliwości, że na gruncie tej właściwości dziedziczenia z pokolenia w pokolenie pewnych ustalonych prawd — rozwija się bezbronna skłonność do przyjmowania za ustalone pewniki, skąpej zresztą, ale zawsze tej samej garści encyklopedycznych, powierzchownych aksjomatów o klinice, patologji, czy profilaksji kokluszu.

Stosunek przeciętnego lekarza do kokluszu przypomina jeszcze niejednego lekarza w niedawnej przeszłości do neurologji. Objaw neurologiczny zauważony przez chorego, choćby był objawem *sclerosis multiplex,* stawał się w rękach lekarza nieprzeczuwającego rozrostu neurologji ofiarą bagatelizujących słów: to tylko nerwowe! Porównanie moje jest o tyle fortunne, że w zasadzie te słowa: „to tylko koklusz", olbrzymia większość lekarzy rozumie równoznacznie z pojęciem: to tylko kaszel. A każdemu lekarzowi wiadomo, że kaszel w rzeczywiśtości — „to tylko nerwowe".

W tem fatalnem nieporozumieniu, utożsamiającem chorobę z jej jednym objawem nerwowym, leży jeden z głównych powodów indyferencji lekarza dla tej choroby. Przeciętny lekarz rozumuje w tym wypadku, jak przeciętny laik: jak długo chory „zanosi się i wymiotuje" — tak długo ma koklusz, potem jest zdrów. A jeżeli w miesiąc po chorobie zacznie chory gorączkować i dostanie zapalenia płuc, to lekarz ocenia sytuację słowami: *pneumonia post pertussim.* Język jest w tym przypadku zwierciadłem myśli. W tem jednem: „po kokluszu" tkwi u progu zagadnienia pierwsze nieporozumienie. Jest to taki sam błąd wymowy, jak *nephritis post-scarlatinosa,* albo *myocarditis post-typhosa.* Tem jednem słowem „po kokluszu" — stwierdza lekarz, że koklusz się skończył, a teraz się zaczyna nowa choroba: *pneumonia.* I w ten sposób urabia się drogę do przesądu panującego w medycynie, że koklusz jest krótkotrwałą, 6-tygodniową chorobą, bo mniej więcej tyle czasu chory kaszle.

Kaszel kokluszowy nie jest kokluszem, nie jest chorobą, tylko jej jednym objawem, zupełnie podobnie, jak drgawki w przebiegu *encephalitis* nie są zapaleniem mózgu, ale jego jednym objawem.

Tymczasem dla wielu doświadczonych nawet lekarzy, nie bagatelizujących tej choroby, kaszel jest dramatu pointą.

W rzeczywistości kaszel jest przeciwnie dobrodziejstwem tej choroby, bo odruchem swoim naturalnym, usuwa wydzielinę zapalną z dróg oddechowych. Że w związku z kaszlem przychodzi do mechanicznego owrzodzenia wiązadełka języka, albo do niemożności zatrzymania moczu, czy do wypadnięcia odbytnicy, czy do przepukliny pępkowej, lub pachwinowej, czy nawet do rozległych wynaczynień — to wszystko są „les petites misères" kokluszu, nic więcej.

Punkt ciężkości kokluszu nie leży w kaszlu, który jest jednym objawem choroby, ale w płucu.

Trwanie choroby w każdym przypadku, nawet w lekkim jest znacznie dłuższe, niż się naogół podaje. Pospischill obserwował raz jeden 6-tygodniowy przebieg kokluszu.

Przebieg choroby zależy przedewszystkiem od liczby nawrotów i od jakości wtórnych zakażeń, których wpływ odbija się na płucu zakażonem pierwotnie przez koklusz. Każda wtórna infekcja prowokuje zależnie od ciężkości zakażenia i okoliczności towarzyszących zakażeniu nawroty kokluszowe. Te mogą być „gło-

*) Według odczytu wypowiedzianego dnia 27. VI. 1927 na III Zjeździe Pedjatrów Polskich w Wilnie.

śne", lub „nieme", t. j. z kaszlem kokluszowym, lub bez kaszlu kokluszowego. Z powodu często długoletniego charakteru spraw płucnych (jak przewlekłe zapalenie płuc, jamy oskrzelowe, zgorzel płuc itp.), wywołanych w płucu kokluszowem, koklusz jest chorobą, dla której pedjatra powołany jest zdobyć prawo obywatelstwa w klinice wewnętrznej dorosłych, wyświetlając rozpoznanie choroby w jej pierwszym początku (w dzieciństwie).

Ze stosunku, jaki niektórzy interniści zajmują wobec patogenezy i etjologji rozstrzeni oskrzelowych i zgorzeli płuc — widoczny jest brak zrozumienia wpływu kokluszu na płuco człowieka dojrzałego i niezdolność diagnostyki historycznej i retrospektywnej pod tym względem. (Landau omawiając patogenezę zgorzeli płuc u swoich chorych — nie wspomina słowem o kokluszu).)

Jakkolwiek koklusz w większości przypadków jest chorobą długotrwałą i w braku zjadliwych następowych infekcji mieszanych — lekką — to jednak w okolicznościach sprzyjających panowaniu epidemji grypy i odry — przyjmuje postać mniej, lub więcej groźną, nadającą przez zmiany anatomo-patologiczne płuca piętno płucu i *eo ipso* życiu dziecka.

Zależnie od ciężkości zakażenia kokluszowego i ewentualnych zakażeń mieszanych, organizm nawiedzony przez koklusz przedstawia pewien specjalny teren, dla którego poznania lekarz zmuszony jest główną uwagę zwracać na płuco i w płucu zakażonem przez koklusz czytać tak, jak się czyta często *ex post* w układzie nerwowym, czy w układzie naczyniowym chorego zakażonego kiedyś kiłą, lub t. p. infekcją nieobojętną z powodu jej powinowactwa dla tkanek tego układu.

Głównem zadaniem lekarza w stosunku do diagnostyki kokluszu jest umiejętność wynalezienia zagnieżdżonego w płucu ogniska zagęszczenia i badania jego ustosunkowania się do zakażeń następowych odrą, grypą i t. p. Pod urazem tych zakażeń ognisko zaostrza się pod postacią najrozmaitszych procesów anatomicznych, niczem się nie różniących w przebiegu klinicznym od gruźlicy płuc. Jedynym środkiem różniczkowym rozpoznawczym jest badanie bakterjologiczne sekretów i ekskretów z zastosowaniem próby biologicznej.

Zmienność objawów osłuchowych i opukowych płuca i trudność ich wyśledzenia staje się ciągłą przyczyną przeoczania ich przez lekarza i tem samem bagatelizowania płuca na korzyść rzeczy mniej ważnej, t. j. kaszlu. Lekarz autystycznie i nieuleczalnie zwrócony swoją główną myślą i uwagą w kierunku kaszlu „z zanoszeniem", t. j. z repryzami — zaniedbuje codziennego, cierpliwego badania płuc i w ten sposób, przeoczając minimalne zmiany w płucu dziecka, traci anatomo-patologiczny wątek swojego rozpoznania, które pozostaje zwykle tylko symptomatyczne (związane z objawem kaszlu) aż do czasu wybuchu w płucu większych łatwo dostrzegalnych zmian zapalnych anatomicznych. Te ostatnie, przebiegając w sposób przewlekły, naśladujący znakomicie gruźlicę, stają się przyczyną następczych błędów rozpoznawczych. Na oddziele zakaźnym Pospischilla miałem sposobność obserwować przypadki tak posuniętych zmian płuca kokluszowego, że imponowały specjalistom gruźlicy, jako gruźlica, nie nadająca się już do przyjęcia w żadnem sanatorjum. Dzieci te, niedopuszczone z powodu beznadziejnej „gruźlicy" do żadnego sanatorjum — opuszczały oddział Pospischilla po dłuższym pobycie — zupełnie wyleczone.

Klinika kokluszu pozostaje w bliskiem powinowactwie z kliniką wszystkich prawie zakażeń wieku dziecięcego, szczególnie z kliniką odry, błonicy, zapalenia płuc i opłucnej, grypy, gruźlicy, z drugiej strony z kliniką chorób nerwowych wieku dziecięcego, jak skurcz krtani i głośni, tężyczka, schorzenia mózgu i opon mózgowych, wreszcie ze schorzeniami układu naczyniowego.

Sprawa umiejętnego ustosunkowania się lekarza do wywiadów w kierunku kokluszu dziecka, odgrywa tak dla samego dziecka, jak i dla oddziału szpitalnego równie ważną rolę w zapobieganiu, jak sprawa odry.

Chcąc choć częściowo wykazać prawdziwość wymienionych poglądów, pozwalam sobie przedstawić szereg przykładów, zaczerpniętych z obserwacji szpitalnej.

1) Roman P. lat 13, przybywa do szpitala 31. XII. 1923 z powodu od roku trwającej gorączki, osłabienia, potów i pojawiających się obrzęków nóg, z rozpoznaniem gruźlicy płuc. Kaszle od 10 lat. Z chorób przebył koklusz w 3-cim roku życia i zapalenie płuc „po kokluszu". Badanie kliniczne stwierdziło: rozszerzenie oskrzeli po kokluszu, kiła wrodzona. Marskość dolnego płatu płuca lewego. Rozedma płuc wyrównawcza. Rozszerzenie prawego serca. 22. V. 1925 zejście śmiertelne. Sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Przypadek (opisany szczegółowo w Pol. Gaz. Lek. r. 1925) stwierdza przebieg przewlekły 10-letni kokluszu u dziecka 13-letniego z kiłą wrodzoną. Korzeniem choroby było pierwsze zapalenie płuc kokluszowe, którego zejściem były jamy oskrzelowe. Te ostatnie stały się zbiornikiem nieustannego zakażenia, które w końcu doprowadziło do śmierci.

2) Jadwiga Z., lat 10. Przyjęta 8. IV. 1926. W 4-ym roku życia przebyła koklusz i czterokrotne zapalenie płuc „po kokluszu". Przybywa z ustalonem przez szereg lekarzy rozpoznaniem gruźlicy płuc. W czasie 5-tygodniowego pobytu szpitalnego kilkakrotne badanie bakterjologiczne plwociny i kału nie wykazuje obecności prątków Kocha. Odczyn Pirqueta dodatni. Ciepłota normalna. W dolnym płacie płuca prawego ognisko drobnobańkowych dźwięcznych rzężeń i trzeszczeń. Rozpoznano: Przewlekłe zapalenie płuc kokluszowe. *Pertussis-Pneumonia*[1]). Po roku kontrolowana.

Badana dnia 8. VII. 1927. Ciepłota prawidłowa. Ponad prawem płucem z tyłu u podstawy na 2 palce wysokie przytłumienie. Tamże ognisko rzężeń drobno i średniobańkowych z charakterem dźwięcznym. Nakłucie próbne ujemne. Dziecko kaszle często bez zanoszenia. Badanie bakterjologiczne plwociny ujemne. Badanie rentgenologiczne ujemne. Odczyn Wasermanna ujemy. Przypadek ten stwierdza przewlekłość i uporczywość zakażenia kokluszowego, które u dziewczynki 10-letniej ciągnie się od 6 lat. Jakkolwiek kaszel stracił swój pierwotny charakter — to jednak płuco przedstawia po 6 latach obraz płuca kokluszowego z ograniczonem utrzymującem się latami ogniskiem rzężeń dźwięcznych.

3) Andrzej L. $1^1/_2$ roku. Przyjęty 7. VII. 1926. Dziecko ojca, zmarłego na gruźlicę, matki chorej na gruźlicę. Od urodzenia chore, często gorączkuje. W 6 m. życia ostre zapalenie płuc, od tego czasu stale kaszle. Badanie stwierdza: wybitną krzywicę całego kośćca z bocznem skrzywieniem kręgosłupa. Odczyn Pirqueta silnie dodatni. Badanie wypukowe niemiarodajne z powodu zniekształcenia klatki piersiowej. Osłuchowo stwierdza się stale rzężenia u obu podstaw płucnych mniej lub wiecej liczne z charakterem półdźwięcznym. Kaszel napadowy, dźwięczny, bez wymiotów, przypominający kaszel adenopatji wnękowej. Z powodu jednak towarzyszących kaszlowi skurczów krtani, kaszel ma charakter wybitnie kokluszowy od pierwszego dnia. Dziecko do końca roku 1926 przybywa $3^1/_2$ kg na wadze, czasami wykazuje stany podgorączkowe — imponować może jako przypadek gruźlicy gruczołów wnękowych, za czem przemawiać może dodatni odczyn Pirqueta i charakterystyczne wywiady rodzinne. W połowie grudnia wystąpiło nagłe podwyższenie ciepłoty do 39° i stwierdzono w lewem płucu oddech oskrzelowy. Zapalenie płuc przenosiło się stopniowo na drugie płuco. Prątków Kocha nigdy w plwocinie, ani w kale nie stwierdzono. Zejście śmiertelne 19. I. 1927 r. Rozpoznano: *Adenopathia tracheobronchialis, tbc. Pertussis. Pneumonia ambilateralis.* Sekcja zwłok stwierdziła zapalenie płuc nieżytowe szczególnie w dolnych partjach obu płuc i zapalenie tkanki okołooskrzelowej i oskrzelikowej. Rozszerzenia oskrzeli cylindryczne górnego płatu płuca lewego otoczone zbitą stwardniałą warstwą tkanki płucnej bliznowatej. Jamki oskrzelowe wypełnione krwaworopną treścią. Zrosty opłucne lewego płuca. Gruczoły wnęki miernie powiększone nie przedstawiają na przekrojach zmian gruźliczych, z wyjątkiem jednego gruczołu, wykazującego ognisko wielkości ziarna grochu, które uległo zwapnieniu i przybrało twardą konsystencję.

Przypadek ten stwierdza, jakim przesądem jest uważanie kokluszu za 6 tygodniową chorobę. Trudną sztuką lekarza było rozstrzygnąć w danym przypadku: 1) czy kaszel jest gruczołowy. 2) czy ogniska w płucach są gruźlicze, czy zapalne.

Rozstrzygnięcie barwy kaszlu było oczywiście rzeczą doświadczenia i znajomości muzyki kokluszu i mechanizmu kaszlu kokluszowego. Jeżeli można było mieć jakiekolwiek wątpliwości co do natury tego kaszlu przy równoczesnym stanie płuc, to w ostatnich tygodniach choroby, w miarę zjawiania się szmeru oskrzelowego z początku w lewem, potem w prawem płucu, kaszlowi towarzyszyły wymioty i tak charakterystyczne zanoszenie się, że każdy laik zmuszony był wtenczas nawet bez jakiegokolwiek doświadczenia klinicznego rozpoznawać koklusz. Chodziło więc o zdecydowanie, czy jest to stary koklusz, który nanowo nabrał barwy kaszlu, charakterystycznej dla świeżego kokluszu, czy też może świeży koklusz, którym się dziecko na oddziele szpitalnym zaraziło i który manifestuje się tak charakterystycznem zanoszeniem się i równoczesnem zjawieniem ogniska pneumonicznego pod postacią szmeru oskrzelowego w lewem płucu. Lekarz stał przed trudnem do rozwiązania zagadnieniem. Charakterystyczne wywiady stwierdzały istnienie gruźlicy u obojga rodziców, dziecko wykazywało od samego przybycia oprócz „metalicznego" kaszlu

---

[1]) Nazwą Pneumonia posługuję się we wszystkich przykładach be zwzględu na to, czy w każdym poszczególnym chodziło o zapalenie płuc włóknikowe, czy w większości o zapalenie płuc odoskrzelowe. Chodzi mi głównie o stwierdzenie natury sprawy naciekowej w płucu — a więc o stwierdzenie sprawy pneumonicznej, w odróżnieniu od gruźliczej.

i klinicznych objawów adenopatji tchawiczooskrzelowej także żywy odczyn skórny Pirqueta. Mimo więc braku dodatniego wyniku badania bakterjologicznego, można było nie tylko rozpoznać istnienie adenopatji wnękowej gruźliczej, ale także przez konsekwencję rozpoznawać proces gruźliczy w miąższu płucnym.

Z drugiej strony te same wywiady stwierdzały, że dziecko już w 6-ym miesiącu życia przebyło ostre zapalenie płuc, które ustąpiło i pozostawiło po sobie rzężenia w obu podstawach płucnych, utrzymujące się u dziecka bez gorączki przy ogólnym dobrym stanie zdrowia.

Wynik sekcji wyjaśnił sprawę i niewątpliwie *ad oculos* wykazał, że tragedją dziecka i istotą śmiertelnej choroby, a więc i jej objawów była nie gruźlica, ale koklusz, i że koklusz ten nie był nabyty w ostatnich 2-tygodniach, kiedy go rozpoznawał personel pielęgniarski na podstawie kaszlu, ale znacznie wcześniej. Inaczej *nie byłby doprowadził do rozszerzeń oskrzelowych*, które są przecież wynikiem długotrwałego mechanicznego działania kaszlu i które są tak wybitnie charakterystyczne dla sprawy kokluszowej. Jamki oskrzelowe otoczone były zbitą, bliznowatą tkanką co dowodzi również, że proces musiał trwać dłuższy czas, a więc nie mógł się rozwinąć w 2-ch ostatnich tygodniach życia. Ku wielkiemu zdziwieniu klinicysty $1^1/_2$-roczne dziecko gruźliczych rodziców miało wprawdzie jedno ognisko gruźlicze, wielkości ziarna grochu w gruczołach wnęki, ale ognisko to było zwapniałe, dziecko więc wyszło zwycięsko z walki z zakażeniem gruźliczem, mimo niestosownych warunków otoczenia i mimo zakażenia kokluszowego! Niestosowność warunków życiowych powiększała okoliczność, że dziecko z powodu braku miejsca, trzymane było w szpitalu przez szereg miesięcy na oddziele gruźliczym, gdzie więc było narażone na liczne masowe superinfekcje gruźlicą. Gruczoły wnęki wykazywały „obrzęki", ale oczywiście obrzęk ten, jeżeli dawał nawet objawy kliniczne, czy rentgenologiczne — nie był spowodowany *przez zakażenie gruźlicą*, jeno przez zakażenie kokluszem i obok zmian nacieków zapalnych naokołooskrzelowych i naokołooskrzelikowych i obok jam rozstrzeni oskrzelowych był anatomopatologicznie charakterystyczny dla sprawy kokluszowej. Wiadomo, jak rzadko anatomopatolog jest w możności rozpoznać koklusz na zwłokach bez pomocy i wskazówek klininicysty. W tym wypadku anatomopatolog mógł bez informacji klinicysty wyczytać z bronchiektazji historję kokluszu na sekcji dziecka.

W przypadku tym dziecko niewątpliwie uległo zakażeniu kokluszowemu wcześnie, a więc około 6-go miesiąca życia, kiedy pierwszy raz przechodziło ostre zapalenie płuc jeszcze w domu. Rzężenia drobne u podstawy płucnej, obustronne, z któremi dziecko przybyło, były wyrazem schorzenia płucnego, które ciągnęło się okrągło rok i zakończyło się śmiertelnie. Jako cechy sprawy kokluszowej mieliśmy charakterystyczny kliniczny stan płuc imitujący gruźlicę płuc, oraz kaszel, który pod koniec życia nabrał, dopiero z chwilą nawrotu i z równoczesnym świeżym procesem zapalnym płuc, na nowo niewątpliwego koloru kokluszowego, przekonywującego zgrzytami ucho najbardziej nieufnego i sceptycznego słuchacza.

Oczywiście mogło być całkiem odwrotnie i — pospieszmy dodać — zazwyczaj *jest* całkiem odwrotnie, t. j. przybywa dziecko z kaszlem jeszcze o zabarwieniu kokluszowem, które z biegiem czasu traci swój charakterystyczny dźwięk. W razie świeżego zapalenia płuc kaszel niknie zupełnie, albo też przybiera znamienny charakter krótkiego kaszlu pneumonicznego, albo wreszcie manifestuje się pod inną postacią refleksu mózgowego, więc jak to często bywa pod postacią drgawek kloniczno-tonicznych w przebiegu zapalenia płuc, drgawek, które są u dziecka kokluszowego ekwiwalentem kaszlu. Bo kaszel nie jest chorobą, ale tylko objawem „nerwowym" choroby.

Przypadek opisany przedstawia ze względu na bogactwo nasuwających się refleksyj praktycznych wyjątkową wartość i zasługuje ze wszech miar na uwagę i pamięć. Uczy on więcej myślącego lekarza, niż szereg cyfr najbardziej urzędowych statystyk, które nie uznają wogóle kokluszu, jako choroby śmiertelnej, a uznają gruźlicę, nie mówiąc równocześnie nic, *na jakich podstawach* rozpoznano gruźlicę *w każdym poszczególnym przypadku*.

4) Zdzisław Ż., lat 3. Przybywa do szpitala 2. VI. 1927. Przed rokiem przebył odrę. Od tego czasu często zapada na gorączkę i kaszel oraz miewa złe stolce. Przed dwoma miesiącami stwierdzili lekarze *zapalenie płuc*. Dziecko przybywa z temp. 39°, tętno 144. Odczyn Pirqueta silnie dodatni. Wywiady stwierdzają 4 zgony rodzeństwa i obciążenie w kierunku gruźlicy. Badanie klatki piersiowej stwierdza obecność objawów d'Espin'ea, Korany'ego, Génévrier'a. Badanie rentgenologiczne stwierdza obecność cieniów prawej wnęki, odpowiadających adenopatji tchawiczo-oskrzelowej. Kaszel o charakterze „podejrzanym" na koklusz, bez specjalnego zanoszenia się, bez wymiotów. Brak jakichkolwiek zmian wysłuchowych i wypukowych ze strony płuc, które się codziennie skrupulatnie bada. Brak także pozytywnych przyczyn wysokiej ciepłoty ze strony innych narządów. Po czterech dniach spadek ciepłoty do normy, która się utrzymuje przez 2 następnie tygodnie. 20. VI-go ciepłota podnosi się znacznie do 38.2° i utrzymuje się przez szereg następnych dni w granicach od 37.0—38.3. Mimo codziennego szukania ogniska płucnego, dopiero 24. VI., a więc w 22 dni po przyjęciu dziecka do szpitala udaje się wykryć małe ognisko charakterystycznych drobnych, trzeszczących, delikatnych rzężeń półdźwięcznych u dołu w linji pachowej środkowej po stronie lewej. Równocześnie notatka pielęgniarki stwierdza pod tą samą datą kaszel w postaci ataków kokluszowych z zanoszeniem się.

Następne dni przynosiły coraz silniejsze i częstsze ataki kaszlu kokluszowego, tak charakterystycznego, że stawał się on dla szpitala dziecięcego niewygodny, nie na rękę i skłonił nas do wcześniejszego wypisania dziecka do domu. Ognisko z początku tak trudne do znalezienia stawało się z każdym dniem łatwiejsze do wykrycia, nawet bez używania fortelów, wywołujących głębsze wydechy dziecka. Plwocina i kał dziecka badane bakterjologicznie nie wykazują obecności prątków Kocha. Rozpoznano: *Adenopathia tracheo-bronchialis tbc. Pertussis-Pneumonia.*

W przypadku tym podobnie, jak i w poprzednim mieliśmy prawo ustalić rozpoznanie *adenopathia tracheo-bronchialis tbc.*, ze względu na wywiady wskazujące możliwość infekcji gruźlicą w domu, ze względu na objawy fizyczne i wreszcie ze względu na dodatni odczyn Pirqueta. Chodziło o rozstrzygnięcie, czy sprawa płucna jest gruźlicą płuc, czy zapaleniem płuc kokluszowem. I tu znowu wywiady stwierdziły fakt przebytej odry i po odrze okres całoroczny kaszlu ze skonstatowanem przez lekarzy zapaleniem płuc. Nie wiemy dużo o charakterze tego kaszlu. Słyszeliśmy, że w chwili przyjęcia personel pielęgniarski nie uważał tego kaszlu za charakterystyczny dla kokluszu, bo nie był on połączony z „zanoszeniem się" — dojrzał dopiero po kilku tygodniach i wtenczas wykształcił się wraz z odkrytem ogniskiem zapalnem na typowy kaszel kokluszowy. Brak w tym przypadku potwierdzenia sekcyjnego naszego rozpoznania: *adenopathia tracheo-bronchialis, Pertussis, Pneumonia.* Ale czy nie nasuwa się podobieństwo z poprzednio opisanym przypadkiem? Czy tu także mamy przypuszczać możliwość świeżego zachorowania na koklusz dziecka gruźliczego — a nie istnienie nawrotu, czyli dalszego ciągu długo, bo od roku, t. j. od przebytej odry tkwiącego zakażenia kokluszowego, które dało powód do poprzedniej pneumonji, do przewlekłego kaszlu i do tej ostatniej pneumonji? Pod wpływem zapalenia płuc — wystąpił na świeżo jeden z objawów tej choroby, mianowicie kaszel — zupełnie podobnie, jak w poprzednim przypadku. I być może, że w tym przypadku również doznalibyśmy rozczarowania na sekcji i zamiast pakietów zserowaciałych gruczołów wnęki stwierdzilibyśmy obrzęk tych gruczołów, kryjący w głębi trudno dostrzegalny ślad podleczonej, zwapniałej gruźlicy jednego zaledwie gruczołu.

5) Jadwiga W. lat 7. Przybywa 18. II. 1924. Ojciec zmarł na gruźlicę i sześcioro rodzeństwa zmarło w 1-ym roku życia. Dziecko przebyło w 5-ym roku życia odrę, przed 8 miesiącami „ciężki i długi koklusz" z zapaleniem płuc „po kokluszu". Od 3 tygodni gorączkuje i kaszle. Lekarze w przychodniach rozpoznają gruźlicę. Ciepłota o typie nieregularnym w granicach od 37.2—40° utrzymuje się przez 7 tygodni. Tętno 120—144. Badanie płuc stwierdza niewielkie ognisko drobnobańkowych dźwięcznych rzężeń i trzeszczeń z przodu po stronie prawej u dołu w linji sutkowej, potem w linji pachowej przedniej po stronie prawej. Zmianom osłuchowym odpowiada na 2 palce szerokie przytłumienie z odcieniem bębenkowym. Ognisko to utrzymuje się przez 7 tygodni, wraz ze spadkiem ciepłoty ustępuje. Badanie radjoskopowe ujemne. Kilkakrotne nakłucie opłucnej ujemne. Odczyn Pirqueta dodatni. Badanie bakterjologiczne wydzielin i wydalin ujemne. Przez cały czas 4-miesięcznego pobytu brak jakiegokolwiek kaszlu; w domu rzekomo kaszlała. Stolec przez 10 tygodni wolny, śluzowy. Rozpoznano: *Pertussis. Pneumonia.*

Po 7 tygodniach pobytu ognisko ustąpiło bez śladu, dziecko pod wpływem kuracji lampą kwarcową poprawiło się, przybyło do 2 kg na wadze, straciło gorączkę i wypisane zostało dn. 13. V. jako wyleczone.

Kontrola dn. 10. VI. 1927. Stwierdza się to samo ognisko w prawem płucu w płacie środkowym w linji pachowej przedniej, ognisko rzężeń wilgotnych drobnobańkowych, łatwo słyszalnych po kaszlu. Rentgenoskopja zmian w płucu poza rozszerzeniem cieniów wnęki nie stwierdza. Dziecko mizerne, nie gorączkuje, ale kaszle stale. Badanie bakterjologiczne — ujemne. Znajduje się także w obserwacji przychodni przeciwgruźliczej i dwukrotnie korzystało z sanatorjum dla zamkniętej gruźlicy, jako dziecko gruźlicze.

Przypadek ten jest znowu przykładem trudności rozpoznawczych gruźlicy i zapalenia płuc u dziecka. Dowodzi on również długiego trwania kokluszu, który po 8 miesiącach nawrócił pod postacią ogniska zapalnego bez ataków kaszlu. Jest więc „niemy“ nawrót kokluszu. Po upływie 3 lat pozostawił w płucu ślad łatwo wykrywalny w postaci *Bronchiolitis circumscripta*.

6) Zbigniew R. lat 2. Przyjęty 29. IV. 1926. Ojciec chory na gruźlicę. Dziecko przed rokiem przebyło koklusz. W listopadzie 1925 leży w naszym szpitalu z powodu zapalenia płuc odoskrzelowego i kaszlu kokluszowego z wymiotami. Obecnie przybywa znowu w czasie grypy sezonowej z broncho-pneumonją i z kaszlem kokluszowym z wymiotami. Po 3 tygodniach stan się poprawia, dziecko odchodzi ze szpitala wyleczone. Temperatura o wahaniach nieregularnych. Tętno 144. Odczyn Pirqueta dwukrotnie ujemny. Badanie bakterjologiczne ujemne

Przypadek ten dowodzi długiego trwania kokluszu. Nawraca on w postaci ataków kaszlu, które po roku nie straciły jeszcze nic na swojej pierwotnej charakterystycznej świeżości i pod wpływem grasującej grypy, manifestuje się także w postaci zapalenia płuc odoskrzelowego, które stosunkowo prędko na jakiś czas ustępuje.

7) Zbigniew D. lat 4. Przybywa do szpitala 18. VIII. 1926. W 3-im roku życia przebył odrę i zapalenie płuc. Od tego czasu często kaszle. Przybywa z rozpoznaniem duru brzusznego z gorączką ciągłą na wysokości 39°. Badanie stwierdza *pleuritis serosa* z jałowym płynem. Brak duszności. Odczyn Pirqueta dodatni. Badanie bakterjologiczne plwociny i kału w kierunku gruźlicy ujemne. Stłumienie na wysokość 2 palców u podstawy lewego płuca ustępuje w przeciągu miesiąca. Badanie kliniczne, serologiczne i bakterjologiczne w kierunku duru brzusznego ujemne. Po 2-tygodniowej gorączce ciągłej utrzymuje się ciepłota nieregularna przy ogólnym stanie dobrym. W miarę ustępującego wysięku utrzymują się u podstawy lewego płuca drobne rzężenia półdźwięczne. Dziecko odchodzi w stanie wybitnej poprawy dn. 20. IX. do domu. Według notatek personelu pielęgniarskiego dziecko kaszle dość rzadko, wilgotnie, bez specjalnego charakteru. Kilkakrotnie w obserwacjach zanotowano: wymioty. Nie zwróciło to jednak mojej czujności, ani nie obudziło podejrzenia. Zupełnie przypadkowo w czasie nocnego pobytu w pracowni usłyszałem w sąsiedniej sali kaszel tego chorego dziecka. Był to książkowy atak kaszlu kokluszowego z kilkakrotnemi skurczami krtani w repryzach i gdyby nie ten przypadek rozpoznanie: *pleuritis serosa aseptica* u dziecka 4-letniego z dodatnim odczynem Pirqueta, a więc rozpoznanie równoznaczne z *pleuritis tuberculosa* nie dużoby się różniło wartością kliniczną od wspomnianego rozpoznania duru brzusznego. Dzięki przypadkowi temu zrozumiałem, że *pleuritis* jest pochodzenia kokluszowego, że dlatego prędko ustępuje, że pozostawia po sobie ognisko zapalne u podstawy płuca, które w razie braku charakterystycznego kaszlu kokluszowego może naśladować *caeteris paribus* ognisko gruźlicze. Czy koklusz ten ma rok, t. j. datuje się od przebytej przed rokiem odry, czy jest świeższy — nie mogę oczywiście *ex post* określić.

Przypadek jest pouczający nie tylko ze względu na charakterystyczne dla kokluszu, często tylko nocą występujące ataki kaszlu i nie tylko ze względu na konieczność potrzeby krytycznego czytania każdej najbanalniejszej notatki pielęgniarki; nie bez powodu notowała ona: wymioty — należało się zastanowić, skąd te wymioty i domyśleć, że wymioty mogły być spowodowane przez kaszel, którego charakteru pielęgniarka mogła nie rozpoznać. Jeżeli lekarze nie mają „szkoły“ kokluszu, to gdzie miała się pielęgniarka nauczyć rozpoznawania muzyki kokluszu?

Kiedy w 1924 r. przez jakiś dłuższy okres czasu zmuszony byłem (pracując nad odchyleniem dopełniacza z antygenem Besredki) spędzać po kilka godzin w porze wieczornej, lub nocą w pracowni szpitalnej, im byłem bliższy końca swych poszukiwań, tem częściej przychodziłem do wniosku, że właściwie najproduktywniejszym efektem lekarskim mojej całej pracy nad Besredką jest fakt mimowolnie, przypadkowo odkrytych licznych nieznanych ani mnie, ani moim kolegom, ani pielęgniarkom przypadków kokluszu, który się właśnie w nocy z tej, lub owej sali w ciszy szpitalnej odzywał.

Jest to bardzo pouczające memento dla każdego lekarza-pedjatry, jak ważne są nocne wizyty lekarskie w szpitalach dziecięcych i jak bardzo kształcące jest to wygodne wsłuchiwanie się w czasie ciszy szpitalnej w ataki kaszlu, które, jak najstarsze podręczniki pouczają często wogóle tylko w nocy się zjawiają.

Przypadek jest pouczający także ze względu na sprawę wysięków surowiczych i ich stosunek do kokluszu. Utrzymuje się niczem nieuzasadniony przesąd, że w przebiegu kokluszu rzadko bywają wysięki surowicze opłucnej. Twierdzenie to powtarza w doskonałej zresztą monografji: „O schorzeniach opłucnej“ — Gorecki. Przeciwnie, wysięki w przebiegu kokluszu są częste, są one efemeryczne, łatwo ustępują, ale towarzyszą prawie każdemu przypadkowi kokluszu. Nie jest to moje odkrycie, ale jedno z licznych odkryć mistrza mojego Pospischilla, który udowodnił z całą ścisłością przez nakłucia próbne na ogromnym materjale dzieci kokluszowych nieprawdopodobną częstość wysięków surowiczych opłucnej. Kto kiedykolwiek w życiu zadał sobie ryzykowny, bo niebezpieczny dla dziecka, trud próbnego nakłucia w tym kierunku, albo ktokolwiek widział na własne oczy wypełniającą się łatwo strzykawkę w ujemnych zresztą pod względem badania fizycznego przypadkach, ten może zwątpić na chwilę o bezwzględnej i nieomylnej wartości własnej sztuki opukiwania, ale nie zwątpi nigdy o wiarogodnem odkryciu wspomnianego autora. Ja ze wszechmiar w istnienie tych wysięków wierzę, bo je widziałem.

8) Ryszard U. 1½ r. Przybywa do szpitala 18. X. 1926 z powodu od 3 tygodni trwającego kaszlu i obrzęków twarzy. Na mieście rozpoznali lekarze dwukrotne zapalenie nerek i ropne zapalenie prawostronne opłucnej. Ciepłota normalna. Dziecko przedstawia niewinny obraz rozsianego nieżytu oskrzeli, ma silne ataki typowego kaszlu kokluszowego i oprócz tego często spotykany charakterystyczny obrzęk twarzy i powiek. Brak łaknienia. Wątroba sięga na 3 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego i daje charakterystyczne dla wieku dziecka przytłumienie na tylnej powierzchni prawego płuca, fałszywie rozpoznane jako wysięk ropny opłucnej. Mocz wykazuje: ślad cukru, zwiększoną ilość kwasu moczowego: 2.35‰ i ślad urobilinogenu, brak białka, osad normalny.

Przypadek ten rzuca światło na możliwość pomyłek rozpoznawczych pospolitego, typowego kokluszu z zapaleniem nerek. Obrzęk twarzy powinien był bez badania natchnąć lekarza, mającego jaką taką zdolność obserwacyjną, w pierwszej linji w kierunku kokluszu. Wiadomo, że jednym z pierwszych objawów objektywnych kokluszu oprócz zaczerwienienia spojówek i nieżytu nosa, przypominającego do złudzenia okres zwiastunów w odrze (i przy nota bene dźwięcznym, chrypowatym kaszlu występującym na początku obu chorób), jest właśnie obrzęk powiek z początku dyskretny, a potem coraz wyraźniejszy. Obrzęk całej twarzy, podobnie jak obrzęki kończyn i całego ciała, należą oczywiście również do częstych objawów tej choroby.

W przypadku tym zjawiająca się glikozurja przejściowa, podobnie jak zwiększona urykurja należą również do częstych zjawisk znanych w klinice kokluszu oddawna. Teissieur przypisuje zwiększonej urykurji znaczenie rozpoznawcze w pierwszym okresie kokluszu. Jakkolwiek znam wielkie trudności rozpoznawcze pierwszego okresu kokluszu, to jednak nie ośmieliłbym się na podstawie tego jednego objawu rozpoznawać koklusz. Zjawisko urykurji a przez analogję zjawisko glikozurji tłumaczę sobie jako wyraz dysfunkcji komórki wątrobowej, a mianowicie: wyraz zaburzenia funkcji glikogenicznej i nukleolitycznej wątroby. Zjawienie się urobilinogenu w tym przypadku, jak i w wielu innych potwierdzałoby to moje przypuszczenie, które w odniesieniu do ciężkości ogólnego zakażenia ustroju tą chorobą pozwala domyślać się oddźwięku tej choroby nie tylko na płucach, czy w mózgu, ale również i w tak ważnym narządzie, jak wątroba[2]).

9) Feliks Dz. lat 3. Przybywa 18. XII. 1925 bez wywiadów z ciepłotą 40.1 z obrazem obustronnego zapalenia płuc oskrzelowego. Tętno 180. Oddech 60. Dziecko przez pierwsze 3 dni kaszle często w sposób zupełnie charakterystyczny dla kokluszu. Dziecko zostaje zaraz w pierwszym dniu stosownie odosobnione. Od 4 dnia choroby, przy rozwijającem się w dalszym ciągu zapaleniu płuc, nagle kaszel kokluszowy ustąpił, znikł zupełnie i do samego końca więcej go niezauważyli ani lekarze, ani personel pielęgniarski. Miejsce dotychczasowego spazmatycznego kaszlu zajął zwykły rzadki, krótki „pneumoniczny“ kaszel. Dziecko nie zażywało żadnych środków kojących kaszel. Dziecko wypisano do domu w stanie dobrym, bez gorączki, bez kaszlu 31. XII. 1925.

Przypadek ten poucza dowodnie, jak zmiennym i nieobliczalnym (jakkolwiek wartościowym) objawem kokluszu jest kaszel. Gdyby to dziecko przybyło do szpitala o 3 dni później, a więc w dniu, kiedy było jeszcze chore na zapalenie płuc, ale kiedy przestało już kaszlać, zachodzi wszelkie prawdopobieństwo, że niktby wobec braku jakichkolwiek wywiadów nie był rozpoznał kokluszu, że niktby nie odosobnił był dziecka, że jednem słowem nie poznalibyśmy byli choroby dziecka i w dodatku narazili byli całą salę na jedno więcej wewnątrz-szpitalne zakażenie. Izolacja dziecka kokluszowego (o ile jest jeszcze zaraźliwe) w otwartym boksie na ogólnej sali nie mam prawa uważać za izolację wystarczającą, zupełnie tak, jak w szkarlatynie, błonicy, czy odrze. Przypadek

[2]) Porów.: Mikułowski i Jaroszewska. Badana zawartości kw. moczowego w moczu u dzieci. III Zjazd Pedj. Pol. w Wilnie 1927 r.

ten, choć taki na pozór banalny, wykazuje całą nieuchronną grozę niebezpieczeństwa każdego najwzorowiej prowadzonego szpitala dziecięcego.

Dok. nast.

Klemens GERNER, Marjan PETRYNOWSKI Warszawa.
i Jan TRZEBIŃSKI, Asystenci kliniki.

Wlewanie do dwunastnicy 2% kwasu solnego jako czynnik rozpoznawczy wrzodu dwunastnicy *).

Z I kliniki wewnętrznej Uniw. Warszawskiego. (Dyrektor: Witold Orłowski).

Rozpoznawanie wrzodu dwunastnicy stanowi dziś bodaj niemniejszą trudność, niż to było za czasów, gdy Moynihan podał kliniczną symptomatologję tej sprawy chorobowej. Chociaż bowiem środki rozpoznawcze pomnożyły się, to jednak doświadczenie kliniczne właśnie dzięki tym nowym środkom ukazało nam całą gmatwaninę spraw chorobowych, które mogą się ukrywać poza pierwotnie podanym obrazem klinicznym Moynihana. Że tak jest w istocie, dowodzą tego wysiłki badaczów w kierunku stworzenia metody, którąby posiadała wyłączną specyficzność w stosunku do wrzodu dwunastnicy, inaczej mówiąc, któraby dostarczyła wyraźnych dowodów jego istnienia. Pomijając metody biologiczne, chcielibyśmy zatrzymać się tu na próbach rozpoznawczych czysto klinicznych.

Einhorn był pierwszym z pośród badaczów, którzy usiłowali wyciągnąć wnioski z próby, polegającej na zetknięciu się z wrzodem obcego ciała, wprowadzonego do dwunastnicy. W tym celu wprowadzał on czystą nitkę i po pewnym czasie wyciągał ją z powrotem. Einhorn przypuszczał, że na odcinku nitki, który zetknie się z ubytkiem, winien pozostać ślad krwi. Dziś wiemy, że próba ta zawiodła oczekiwania, w niej pokładane. Badanie na utajone krwawienie w kale wyjaśnia nam jedną z przyczyn niepowodzenia próby Einhorna. Myśl ta jednak została rzucona. Po tej samej drodze bezpośredniego zbliżenia obcego ciała do wrzodu poszedł Schüle. W jego próbie doprowadzenie obcego ciała odbywa się za pośrednictwem zgłębnika dwunastnicowego. Obcem ciałem jest płyn, mianowicie 2% rozczyn kwasu solnego. Schüle przez wlanie kwasu solnego na powierzchnię wrzodu zamierzał wywołać silny odczyn bólowy, zarówno podmiotowy, jak i przedmiotowy, stwierdzany przez ucisk na okolicę dwunastnicy. W doniesieniu swem autor zdecydowanie twierdzi, wprawdzie, na podstawie kilku przypadków, że chorzy na wrzód oddziałują bólem na wlewanie, zdrowi zaś nie zdradzają żadnego odczynu. W 10 miesięcy po pracy Schülego zjawia się praca Oliveta, która w zasadzie poddaje ocenie próbę Schülego, chociaż autor zaznacza, że on już dawniej myślał o podobnych możliwościach drażnienia wrzodu i wyciągania z tego wniosków praktycznych. Olivet wnosi tę inowację, że wlewa kwas solny nie odrazu w 2% rozczynie, a zaczyna od rozczynów słabszych i, skoro nie uzyska odczynu przechodzi do silniejszych. Autor przytem wydobywa co pewien czas trochę treści i określa w niej zdolność soków dwunastnicy do zobojętniania HCl. Wnioski autora są: Wrzód świeży podczas próby z HCl daje znać o sobie, stary lub podgojony nie da odczynu. Inne sprawy żołądkowe i dwunastnicowe naogół nie dają odczynu bólowego. Autor wskazuje na możliwość rozgraniczenia wrzodu od nowotworu i od kamicy. Takie są dotychczasowe zdobycze co do omawianej próby. Trzeba przyznać, że mają one wiele powabu dla klinicysty. Teraz przejdziemy do wyników, uzyskanych przez nas ze stosowania próby Schülego.

Próba tedy została zastosowana w 45 przypadkach rozmaitych spraw chorobowych, w niektórych dwukrotnie. Przytem chorzy, których poddano próbie, nie byli dobierani według jakiejkolwiek zasady, na dowód czego niech posłuży następujące zestawienie:

Wrzodów dwunastnicy wzgl. przyodźwiernikowych 10 przypadków.

Wrzodów na krzywiźnie małej żołądka 2 przyp.
Spraw nerwicowych żołądka 5 przyp.
Bezsoczności żołądkowej 3 przyp.
Spraw nowotworowych przewodu pokarmowego 3 przyp.
Zapalenie miąższu wątrobowego (Eppingera) 3 przyp.
Kamicy żółciowej 4 przyp.

Pozatem przypadki gruźlicy płuc, spraw nerkowych, kiły narządu krążenia, zakażenia ogólnego krwi i niedokrwności złośliwej. W 13 pierwszych z kolei przypadkach po wprowadzeniu zgłębnika do dwunastnicy i po stwierdzeniu przed ekranem rentgenowskim, że oliwka znajduje się istotnie poniżej odźwiernika, mniej więcej w pobliżu brodawki Vatera, dokonywaliśmy odrazu wlewania rozczynu kwasu solnego. Później wlewanie HCl było poprzedzane zazwyczaj przez próbę Meltzer-Lyona. Na wynik próby Schülego uprzednie wlewanie siarczanu magnezji wpływu nie miało. Rzecz jasna, że między jedną a drugą próbą upływała średnio godzina. Prawie we wszystkich przypadkach (39) sprawdzaliśmy miejsce pobytu oliwki zgłębnika przed ekranem rentgenowskim. W pierwszych swych przypadkach usiłowaliśmy wyjaśnić, jakie najwyższe stężenie HCl znosi dwunastnica bez odczynu. Nie odważaliśmy się wlewać rozczynów, które drażniły język. Najwyższe stężenie, jakie wlewaliśmy, było 7%, najniższa ½%. Wreszcie, zatrzymaliśmy się na 2%, nie widząc potrzeby ani podnoszenia, ani obniżania procentowości kwasu. Ilość wlanego naraz kwasu wynosiła 10 cm³. Jeśli odczyn nie występował, po kilku minutach ponawialiśmy wlewanie. Po wywołaniu odczynu, zarówno jak i w braku tegoż, wlewaliśmy około 20 cm³ rozczynu sody, aby zobojętnić kwas solny. Odczyn zawyczaj miał charakter kurczów, palenia lub rwania w okolicy dołka podsercowego. Chorzy z wrzodem wyraźnie podkreślali, że spowodowano im napad dobrze znanego bólu. Próba wypadła dodatnio w 14 przypadkach z czego w 9-ciu odczyn był wybitny, w 5 słabszy. Poniżej podana tablica poucza nas, jakie to były stany chorobowe, w których wynik był dodatni.

L p.	Rodzaj cierpienia	Wynik	Uwagi
1	Ulcus dnodeni	+++	Powtórne badanie dało wynik podobny
2	Ulcus duodeni	+++	Sprawdzono chirurg.
3	Ulcus duodeni . . .	+++	
4	Ulcus duodeni	+++	
5	Ulcus duodeni	+++	Stosowano papaverinę z powodu kurczu odźwiernika
6	Ulcus ventriculi ad pylorum	+++	
7	Ulcus ventr. ad curvaturam minorem .	+++	
8	Ulcus ventr. ad pylor.	++	
9	Hyperaciditas	++	To samo przy powt. badaniu
10	Dyspepsia nervosa . .	++	
11	Carcinoma ventriculi	++	
12	Hepatitis destructiva diffusa	+++	
13	Cholelithiasis	++	Cholecystografja dodatnia
14	M. Glénardi	+++	Zapaść.

Tablica ta nie wymaga wyjaśnień, jednak podkreślić należy, że próba wypadła silnie dodatnio w 7 przypadkach wrzodu, w tem w 1 przypadku wrzodu na małej krzywiźnie żołądka. Uderzającym jest przypadek choroby Glénarda, w którym wlanie 10 cm sz. 2% HCl spowodowało zapaść. W przypadkach z silnym odczynem tylko trzykrotnie stwierdzaliśmy bolesność na ucisk w okolicy dwunastnicy; w braku odczynu bólowego objawy uciskowe również nie występowały. Jak można wnosić z tablicy, z pośród 12 badanych wrzodów w 4 przypadkach nie uzyskaliśmy odczynu. We wszystkich tych przypadkach chodziło o wrzody stare, 3 do 9 lat trwające, które nie dawały utajonej krwi w kale; w jednym z tych przypadków chodziło o wrzód na krzywiźnie małej, przyczem chory przebył skuteczną kurację przeciwwrzodową.

Jeśli teraz przejdziemy do podsumowania naszych wyników, to po stwierdzeniu, iż szczupła ilość naszych przypadków nie upo-

---

*) Praca wygłoszona na VII zjeździe Towarzystwa Internistów Polskich w Poznaniu w dniu 28 września 1927 r.

ważnia nas do czynienia szerokich uogólnień, musimy zaznaczyć, że największa ilość dodatnich wyników bezwzględnie, a jeszcze bardziej odsetkowo, przypada na wrzody dwunastnicy. Nie możemy jednak zgodzić się ze zdaniem Oliveta, że kamica żółciowa i nowotwory nie dają odczynów, a jeszcze mniej ze zdaniem Schülego, który uważa, że tylko wrzody dwunastnicy oddziaływują na wlanie kwasu solnego. Dotychczasowe więc wyniki upoważniają nas do wysnucia następujących wniosków:

1. W 70% przypadków wrzodów dwunastnicy lub wrzodów przyodźwiernikowych chorzy oddziaływują na wlanie HCl do dwunastnicy bólem, podobnym do takowego podczas napadów bólowych.

2. Chorzy na inne cierpienia przewodu pokarmowego również mogą dać podobny odczyn, przeważnie jednak o nasileniu słabszem.

3. Próba z wlewaniem kwasu solnego nie posiada wartości rozpoznawczej bezwzględnej; jednak odczyn silnie dodatni w przypadkach wątpliwych ma wartość rozpoznawczą pomocniczą.

Piśmiennictwo.

A. Schüle: Zur klinische Diagnostik des Ulcus Duodeni M. m. W. Nr. 29, 1926, str. 1191. — J. Olivet: Salzsäure u. Aether in der Diagnostik des Magen und Duodenalgeschwürs. M. m. W. 19, 1927, str. 807.

Dr. J. LEYBERG. Łódź.

W sprawie wywoływania u chorych kiłowych gorączki infekcyjnej przy pomocy saprovitanu *).

Z Oddziału nerwowego i z ambulatorjum skórno-wenerycznego Szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Korzystne wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą zachęciły w r. 1922 klinikę Fingera do zastosowania tej metody przy syfilisie wogóle.

Wychodzono z założenia, że — skoro metalues jest tylko dalszym ciągiem kiły, a wyniki przy porażeniu postępującem są tem lepsze, im wcześniej leczenie rozpoczęto — słuszną powinna być zasada leczenia zimnicą wszystkich okresów kiły, a tembardziej kiły wczesnej.

Początkowo zaczęto stosować leczenie zimnicą tylko w przypadkach kiły drugorzędowej utajonej z uporczywym Wasserm. w surowicy i płynem m.-r. chorobowo zmienionym. Wyniki były zachęcające: odczyn Wa w surowicy z dodatniego stawał się ujemnym, a 3—4 miesiące po ukończeniu leczenia ustępowały zmiany chorobowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. Następnie korzystne również wyniki stwierdzono klinicznie i serologicznie w kile drugorzędowej jawnej.

Leczenie polegało na tem, że uprzednio w ciągu 4-ch tygodni chory dostawał dożylnie 3 g neosalwarsanu, poczem szczepiono zimnicę; po 8-ym—10-ym napadzie przerywano napady chininą (10% *chininum bisulfuricum*, dwa razy po 5 cm^3 dożylnie), poczem następowało znów leczenie salwarsanowe, jak na początku. Sposób postępowania w niczem się więc nie różnił od leczenia zimnicą porażenia postępującego.

Przy zastanawianiu się jednak nad wyborem zimnicy jako metody współleczniczej przy kile wczesnej, nastręczają się duże wątpliwości, czy metoda ta znajdzie kiedyś swoje ogólne zastosowanie. Należy bowiem uświadomić sobie, że zimnica, jako środek leczniczy, jest środkiem ciężkiego kalibru. Na ten ciężki przebieg zaszczepionej choroby, na jaki z czystem sumieniem i słuszną racją narażamy chorych przy porażeniu postępującem, trudniej się da namówić wczesny kiłowy.

Chory na p. p. jest ciężkim kaleką, niema wiele do stracenia i pójdzie na wszystko, aby chociaż na krótki czas odsunąć od siebie stale postępujące charłactwo i odzyskać choćby czasową zdolność do pracy i życia. Wczesny zaś kiłowy ma prawo powołać się na innych szczęśliwych współtowarzyszy niedoli, którym udało się, mimo przebytej kiły i leczenia zwykłego, przeżyć pomyślnie jeszcze dziesiątki lat, a nieraz i całe życie. Nic więc dziwnego, że chory, obarczony wczesną kiłą w najlepszym razie przystanie na takie niezwykłe leczenie, *połączone z koniecznością izolacji szpitalnej i zerwania tajemnicy*, tylko wówczas, gdy będzie mógł otrzymać zapewnienie lekarza, że tym ciężkim kosztem opłaca przynajmniej doszczętne wyleczenie kiły bez obawy o jej późne następstwa. Na razie jednak, opierając się na wynikach tego leczenia, otrzymanych przez Fingera-Kyrlego, Beringa, Meisnera oraz u nas przez Waltera w Krakowie, możemy tylko twierdzić, że współleczenie zimnicą wpływa korzystnie na kiłę w tem znaczeniu, że usuwa szybko zmiany kliniczne, odczyny serologiczne i oczyszcza płyn mózgowo-rdzeniowy.

Musimy wierzyć, że ta metoda — według słów Fingera „przewyższa w wynikach wszystko, co jakimkolwiek sposobami leczenia dotąd osiągnięto". Czy jednak zimnica, zastosowana przy wczesnej kile, pewniej uchroni chorych kiłowych od późnych przejawów, niż to czyniły dotychczasowe metody leczenia, na to oczywista odpowiedzi dać nie możemy.

Przeciwko stosowaniu zimnicy przy kile wczesnej powinna przemawiać i ta okoliczność, że na kiłę choruje bez porównania więcej ludzi, niż na porażenie postępujące, skutkiem czego masowe szczepienie zimnicy przy kile może stanowić dla otoczenia niebezpieczeństwo zarażenia, które przy sporadycznem szczepieniu porażeńców prawie, że nie istnieje (Martini). Zwolennicy zimnicy szczepionej utrzymują wprawdzie, że o ile szczep jest dostatecznie stary, pasożyty zimnicy tracą swoje formy płciowe i tem samem nie są zaraźliwe dla otoczenia nawet w obecności komarów.

Twierdzeniem tem usiłowano tłómaczyć pewne odmienne właściwości zimnicy szczepionej w porównaniu z zimnicą naturalną, jak: stosunkowo łagodniejszy jej przebieg, brak nawrotów oraz dużą wrażliwość pasożytów na chininę. Według jednak wybitnych znawców zimnicy, ta dobra opinja zimnicy szczepionej, nie zgadza się z istotnym stanem rzeczy: lekarzom angielskim (York i Wright) udawało się zarazić komary szczepem, który w ciągu 3 i ½ lat przeszedł 53 bezpośrednie pasaże na ludziach; szczep hamburski posiada formy płciowe jeszcze po 100 pasażach (Martini). Znane są przypadki, gdzie przez pewien czas komary nie dawały się zarazić u ludzi, u których stwierdzono niewątpliwą obecność gametów, po upływie zaś kilku dni zarażenie następowało nawet w mniej sprzyjających warunkach (Barber).

Przeciwko masowym szczepieniom zimnicy kiłowym powinien przemawiać i ten fakt, że stwierdzenie zupełnego wyleczenia zimnicy jest — według Martiniego — rzeczą nie o wiele łatwiejszą, niż stwierdzenie wyleczenia kiły. Zarazek zaś zimnicy żyje z zarazkiem kiłowym prawdopodobnie w szkodliwej dla ustroju symbiozie, skoro np. w Anatolji — według tegoż autora — rozpanoszona w ostatnich latach zimnica wraz z endemiczną kiłą dziesiątkują tamtejszą ludność. *Pomimo więc, iż przy leczeniu porażenia postępującego zimnicą jest już dziś metoda wyboru powszechnie przyjętą, trudno jest jej przyznać to samo znaczenie przy zwalczaniu tak bardzo rozpowszechnionej dziś choroby, jak jest kiła wogóle, a w szczególności kiła wczesna.* Jest więc rzeczą zupełnie zrozumiałą, że obok dalszych prac nad zimnicą, które pogłębiają stosunek tej choroby do kiły, widzimy usiłowania, zmierzające do zastąpienia przy kile zimnicy innym zimniczo — podobnym środkiem, tembardziej, że wybór padł dotychczas na zimnicę nie dzięki jakimś szczególnym właściwościom zarazka zimniczego, lecz dzięki możliwościom łatwego opanowania tego zakażenia przez chininę.

Aby środek współleczniczy przy kile mógł z powodzeniem zająć miejsce zimnicy, powinien on posiadać właściwość wywoływania obrazu chorobowego najbardziej zbliżonego do zimnicy t. zn. *wywoływać wysoką ciepłotę, która ma trwać krótko i posiadać charakter napadów gorączkowych, nie narażając chorego na poważne niebezpieczeństwo.*

W poszukiwaniu takiego środka Böhne, naukowy kierownik drezdeńskiej wytwórni surowic, wprowadził do lecznictwa przed 3-ma laty preparat, nazwany przez niego saprovitanem. Ma to być nieszkodliwa dla człowieka mieszanka najróżniejszych saprofitów w stanie żywym; wstrzyknięta dożylnie wywołuje po ½—3 godz. po dokonanym zabiegu z początku silne dreszcze, trwające do 30 minut, następnie wysoką ciepłotę, dochodzącą do 40° z górą, poczem zazwyczaj już po 6—24 godz. następuje stopniowy spadek ciepłoty aż do stanu normalnego. W ten sposób, korzystając z 3-ch seryj t. zw. „Sapr. B", posiadających coraz to wyższe dawki od 0,003—0.8 cm^3 bakteryj w jednym cm^3 strzykawki — można naśladować typ napadów gorączki zimniczej.

W przeciwieństwie więc do dotychczasowych sposobów sztucznego wywoływania gorączki za pomocą szczepionek z zabitych bakteryj chorobotwórczych, ma się tu do czynienia z wprowadzeniem do krwi żywych bakteryj (jak przy szczepieniu duru powrotnego lub zimnicy) z tą jednak różnicą, że wprowadzany przy saprovitanie materjał infekcyjny po spełnieniu swej roli gorączkotwórczej ma sam w ciągu kilkunastu godzin w ustroju ginąć. Obok jednoczesnego działania wysokiej ciepłoty — to silne, lecz szybkie i przemijające uszkodzenie całego szeregu narządów ma być dla organizmu bodźcem dla wytworzenia w nim tego ko-

---

*) Według referatu wygłoszonego na V Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Wilnie dnia 5 czerwca 1927 r.

rzystnego rozmachu *(élan)*, który jest właściwy okresowi rekonwalescencji po każdej ostrej zakaźnej chorobie.

Autorzy, którzy się zajmowali wpływem saprovitanu na przebieg syfilogennych schorzeń układu nerwowego, uważają saprovitan za niezawodnie i szybko działający środek gorączkowy, nadający się do zastąpienia zimnicy w tych razach, kiedy zimnica jest dla jakichkolwiek względów przeciwwskazana. Dreyfuss i Hanau podnoszą kojący wpływ saprovitanu na strzelające bóle przy wiądzie rdzenia; to samo spostrzegł Becker u swoich tabetyków ze strzelającemi bólami i kryzami żołądkowemi, które zupełnie ustępowały po uprzedniem wzmaganiu się przy pierwszych 3—4 napadach gorączki i nie wracały mimo 6—7 miesięcznej kontroli. Fabinyi miał na 21 przypadków porażenia postępującego u 6-ciu chorych zupełną remisję z zachowaniem zdolności do pracy, a u 5-ciu wyraźne polepszenie.

Największą jednak zaletą saprovitanu w porównaniu z zimnicą ma być to, że saprovitan można stosować bez obawy ambulatoryjnie, o ile chory pół godziny po zastrzyknięciu może położyć się do łóżka.

Zachęcony przez kolegę Sonenberga, któremu poczuwam się do obowiązku i na tem miejscu serdecznie podziękować, przystąpiłem do wypróbowania saprovitanu na materjale szpitalnym i ambulatoryjnym szpitala im. Poznańskich w Łodzi.

Chodziło mi tym razem wyłącznie o prześledzenie przebiegu napadów gorączkowych, o stwierdzenie, czy istotnie saprovitan swojem działaniem wywołuje stan chorobowy, przypominający zimnicę, czy napady gorączki saprovitanowej są lżejsze od napadów zimniczych przy również wysokiej ciepłocie, chdziło mi wreszcie o stwierdzenie tolerancji chorych.

Sprawę tę badałem na 14 chorych. Z kiłą utajoną i płynem chorobowo zmienionym było 12-u; jeden miał objawy kiły mózgowo-rdzeniowej; jeden był z kiłą mózgu, względnie porażeniem postępującem. Łącznie chorzy ci przebyli 91 napadów gorączki, a mianowicie:

2-ch po 12 napadów,
1 — 11 napadów,
5-u po 7 napadów,
5-u po 4 napadów,
1 — 1 napad.

Przestudjowanie tej sprawy przekonało mnie, *że celem otrzymania napadów, naśladujących zimnicę*, nie należy rozpoczynać leczenia od najmniejszych dawek serji I-ej, przechodząc stopniowo do serji II-ej, gdyż wówczas ciepłota, wskutek prawdopodobnie wytwarzającego się przyzwyczajenia względem wprowadzonego bodźca, nie dosięgnie pożądanych wysokości. Zacząć należy wówczas odrazu od serji II-ej saprovitanu B: ciepłota podnosi się do 40°—41° po uprzednich silnych dreszczach, trwających pół do 2 godz. Napadowi takiemu towarzyszą bóle głowy, wymioty, obfite poty i nieraz biegunka. Spadek ciepłoty następuje po 12—18 godz. stopniowo i kończy się dobrem samopoczuciem chorego. Przy wywoływaniu napadów takich co trzeci dzień, *co jest możliwe tylko u chorych szpitalnych*, przebieg leczenia jest bardzo ciężki, nie ustępujący zimnicy; chorzy bardzo wycieńczeni wzbraniają się przed następnemi wstrzyknięciami.

Przy ambulatoryjnem współleczeniu kiły saprovitanem B. w odstępach 8-dniowych. poprzedzonych leczeniem salwarsanowo-bizmutowem [1]), można zacząć leczenie od dawek mniejszych serji I-ej i stopniowo dawki podnosić. Do tego ambulatoryjnego sposobu leczenia nadawałyby się właściwie wszystkie przypadki kiły, a w szczególności przypadki z uporczywym Wa w surowicy i płynem chorobowo zmienionym. Wyzyskać należałoby tutaj terapeutycznie dwa czynniki: 1) wyżej wspomniane ogólne przestrojenie organizmu, korzystne dla leczenia kiły pod wpływem wysokiej ciepłoty, jak przy każdej ostrej zakaźnej chorobie oraz 2) zwiększoną przepuszczalność opon mózgowo-rdzeniowych dla leków, zawartych we krwi podczas napadów gorączki, jak tego dowiódł Vonkennel odnośnie do bizmutu podczas napadów zimnicy.

W tym celu możnaby również wykorzystać obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem roztworów hipertonicznych i współcześnie z saprovitanem podawać neosalwarsan dożylnie w 40% roztworze urotropiny.

Niestety jednak *saprovitan* mimo swój pozorny prerogatyw w porównaniu z zimnicą, że przy współleczeniu kiły dałby się stosować ambulatoryjnie, wbrew twierdzeniom Böhmego i pierwszych lekarzy, którzy saprovitan klinicznie próbowali, *nie jest środkiem dla organizmu zupełnie nieszkodliwym.* Na 91 napadów gorączki, które spostrzegałem u moich 14 chorych, w jednym przypadku nastąpiło poważne powikłanie i to zaraz po pierwszym napadzie.

Wład. M. l. 43. Wrzód pierwotny w r. 1907, leczenie swoiste Hg. trwa z przerwami do 1910. W r. 1912 dwojenie się w oczach, które, według słów chorego, ustąpiło po 3-ch wlewaniach starego salwarsanu. Od tego czasu chory czuł się podobno zupełnie dobrze, od r. 1913 jest żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci, żona nigdy nie roniła. Po raz pierwszy widzę chorego w r. 1921: chciałby przeprowadzić leczenie swoiste, ponieważ czuje od niedawna osłabienie w nogach. Badanie wykazuje: obie źrenice reagują sprawnie na światło i akomodację; odruchów kolanowych i stopowych brak; zaburzeń czucia niema; oddawanie moczu nieco utrudnione, kiszka stolcowa funkcjonuje normalnie. Krew Wa ++++, płyn m. rdz. Wa 0,1 ++++, Na i P +, pleocytoza +, Lange +. *Tabes dorsalis.* Do roku 1927 chory znajduje się pod moją obserwacją; cały czas, obarczony lekką niepostępującą ataksją, pracuje bez szczególnego wysiłku jako urzędnik biurowy. W marcu 1927 r. chory wyraża życzenie leczenia się gorączką ambulatoryjnie. 5-go marca wieczorem otrzymuje dożylnie zawartość jednej rurki sapr. B. ser. I. Nr. 1. Po godzinie silne dreszcze, wymioty, biegunka, ciepłota 40,2°; stan taki trwa do rana. Od 6-go marca podniesiona ciepłota nie opuszcza chorego w ciągu 3-ch tygodni; przez cały czas wahania ranne wynoszą 37,5—37,8°, wieczorne 38—39,5° przy coraz gorszem samopoczuciu i silnem wyczerpaniu chorego. Badanie chorego na naradzie z internistą (Dr. Tochterman) wykazuje ostry obrzęk śledziony z wyraźnie wyczuwającem się chełbotaniem. Celem odprowadzenia przypuszczalnie uwięzionej ropy i bliższego poznania sprawy postanowiono poddać chorego próbnej laparatomji. Operacja (Dr. A. Goldman) wykazała wielkie, przeświecające przez otoczkę ognisko ropne w miąższu śledziony, z którego wylało się przeszło litr ropy. Chory zaczął stopniowo przychodzić do siebie i po 6 tygodniach stanął do pracy. Ropa zbadana bakterjologicznie (Dr. Załęski) okazała się jałową.

Jeżeli wolno mi jest wyrazić przypuszczenie co do przyczyny powstania w tym przypadku ropnia śledziony, to skłonny byłbym przyjąć jako przyczynę albo zawał, spowodowany częściową lub całkowitą aglutynacją bakteryj, zawartych w zastrzykniętej rurce saprowitanu, albo zakażenie ogniskowe śledziony saprofitami, które mimo swej pozornej nieszkodliwości, okazały się w danym przypadku bakterjami ropotwórczemi. Tak, czy inaczej — to ciężkie powikłanie kazało mi *tymczasem* zaprzestać dalszego stosowania saprovitanu, tembardziej, że bliższe, rozpatrzenie się w piśmiennictwie, przekonało mnie, że w tym samym czasie również i inni autorowie, stosując saprovitan przy różnych cierpieniach, widzieli ciężkie komplikacje. Powikłania przejawiały się bądź to jako ropne wysięki stawowe, przyczem ropa była jałowa (Weisenfeld, Rosahl), bądź to jako posocznica z zejściem śmiertelnem, jak w jednym przypadku Fabinyiego lub w przypadku Beckera, gdzie *ante mortem* zdołano ze krwi chorego wyhodować te same saprofity, które były zawarte w zastrzykniętej ampułce saprovitanu.

Do czasu zatem, aż saprovitan nie zostanie zastąpiony przez inny, może pokrewny preparat, ale posiadający zaletę zupełnej dla organizmu nieszkodliwości, w obecnej swej formie może narazić chorego na poważne powikłanie. Sama jednak koncepcja współleczenia gorączkowego kiły żywym materjałem zakaźnym, jak to jest pomyślane przy saprovitanie, jest koncepcją logicznie uzasadnioną, ponieważ „szczepienie" saprovitanu w istocie rzeczy nie jest metodą leczenia o wiele bardziej nienaturalną, niż „szczepienie" zimnicy lub duru powrotnego. Umożliwienie zaś tego rodzaju współleczenia również i w drodze ambulatoryjnej miałoby przy masowem leczeniu kiły wczesnej znaczenie pierwszorzędnej wagi.

Piśmiennictwo.

1) Böhme: D. med. Woch. 1926, Nr: 33: — 2) Behring: Münch med Woch: 1926, Nr. 48: — 3) Becker H.: Münch med. Woch. 1927, Nr. 24: — 4) Dreyfuss i Hanau: D. med. Woch: 1926, Nr. 33: — 5) Finger-Kyrle: Ankieta w sprawie leczenia kiły. Med. kl. 1926: — 6) Fischer O. Dermath. Woch. 1927, Nr 19: — 7) Fabinyi: Psych. neur. Woch. 1927 H: 2: — 8) Lenartowicz: Polska Gaz: Lekarska, 1926, Nr: 41, 42: — 9 Martini E.: Dermath: Wochenschrift 1927, Nr. 19: — 10) Rosahl: D: med. Woch. 1927, Nr: 14: — 11) Walter Fr.: Przegląd Dermat. 1927, Nr. 3: — 12) Weissenfeld F.: D. med. Woch: 1927, Nr 8: — 13) Vonkennel: M. med. Woch. 1927, Nr. 2.

[1]) W ciągu tygodnia 2 razy bismogenol po 1 g, jedno wlewanie 0,6 neosalwarsanu i jedno saprovitanu.

Dr. Stanisław LASKOWNICKI. Lwów.

Leczenie chirurgiczne gruźlicy przyjądrza.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Przypadki kastracji jedno a nawet i obustronnej, jakie w ostatnich czasach mieliśmy sposobność spostrzegać zmuszają mię do zabrania głosu w tej sprawie i przedstawienia stanowiska lwowskiej kliniki chirurgicznej.

Już sam fakt, że lekarz, którego powinnością jest wykonać zabieg operacyjny z jaknajmniejszem okaleczeniem chorego, usuwa wraz z chorem przyjądrzem zupełnie zdrowe jądro, wydaje się dziś niezupełnie odpowiadającym zasadom współczesnej chirurgji i mówi sam za siebie.

Powód tego tak radykalnego stanowiska wielu chirurgów leży nietylko w chęci jaknajdokładniejszego usunięcia ogniska chorobowego, ale także i w tem, że kastracja jest zabiegiem bardzo łatwym — wyjęcie zaś samego przyjądrza *(epidydymectomia)* może nastręczać czasem dość znaczne trudności operacyjne. Zdarza się często, że zabieg ten jako łatwy do wykonania, powierza się młodym adeptom sztuki chirurgicznej, którzy przystępują do zabiegu albo *a priori* z zamiarem usunięcia przyjądrza wraz z jądrem — albo też, natrafiając na trudności w czasie zabiegu — zmieniają swój zamar usunięcia samego przyjądrza, wyjmując je wraz z jądrem.

Przeciw temu zbyt radykalnemu sposobowi leczenia gruźlicy przyjądrza kastracją, polecanemu przez chirurgów niemieckich Czernego i Brunsa wystąpili chirurgowie francuscy Tuffier, Quenu, Lucas Championière, Reclus, Delbet, z chirurgów niemieckich Bardenheuer, Lanz, Albert, Braman, Zuckerkandl i inni.

Już Bruns wykazał, że prawie zawsze gruźlica usadawia się początkowo w przyjądrzu i stosunkowo dość wcześnie przechodzi na jądro, a w dużym procencie przypadków przechodzi i na drugie przyjądrze. W ostatnich czasach Orth, Chiari i inni twierdzą, że gruźlica początkowo usadawia się w sterczu, Young Hugh, Hampton uważają pęcherzyki nasienne za miejsce początkowego zakażenia i twierdzą, że pierwotna gruźlica przyjądrza zdarza się dość rzadko.

Wedle statystyki Haasa występuje obustronna gruźlica przyjądrza w 38% przypadków, Keyes podaje cyfrę 53%, Braman zaś podaje, że w klinice berneńskiej procent obustronnego schorzenia przyjądrzy wynosi 75. Usuwając więc jądro nigdy nie mamy pewności czy schorzenie nie posunęło się już w kierunku drugiego przyjądrza i czy po jakimś czasie nie będziemy zmuszeni wykonać zabieg po drugiej stronie. Wprawdzie Bruns, Peters, Schwarz a w ostatnich czasach Wildbolz polecają właśnie ze względu na obawę zakażenia drugiego przyjądrza i jądra wczesne wykonanie kastracji — doświadczenia jednak lat ostatnich stwierdzają, że obawy te nie są uzasadnione.

König zajął jeszcze bardziej radykalne stanowisko, bo poleca celem dokładnego usunięcia schorzałych części nietylko kastrację, ale także wycięcie zupełne lub częściowe pęcherzyków nasiennych i sterczu.

Większość chirurgów zajmuje dziś stanowisko bardziej zachowawcze i ogranicza się do wycięcia samego przyjądrza — wykonując kastrację tylko tam, gdzie są oznaki schorzenia jądra, stwierdzone podczas operacji — względnie jak to radzą niektórzy po rozcięciu jądra i zbadaniu czy niema w niem ognisk gruźliczych.

W ostatnich czasach wykazali Voelker, Lichtenstern, Legueu i Astraldi, że samo podwiązanie nasieniowodu chroni w początkowym okresie schorzenia przed zakażeniem drugiego przyjądrza. Polecają oni podwiązanie nasieniowodu, przecięcie go palnikiem Paquelina między dwoma podwiązkami i wszycie go w skórę. Postępowanie to ułatwia nietylko dalsze leczenie zachowawcze przyjądrza, ale także leczenie schorzałego pęcherzyka nasiennego odpowiedniej strony i sterczu.

Wśród zwolenników zachowawczego leczenia gruźlicy przyjądrza usunięciem go *(epidydymectomia)*, jedna kwestja nie jest jeszcze rozstrzygniętą — a mianowicie zachowanie się wobec nasieniowodu. Jedni jak Young, Hampton, Sokołoff radzą usunięcie przyjądrza, nasieniowodu, pęcherzyka nasiennego i schorzałej części sterczu, względnie całego sterczu — inni (Legueu, Marion i inni) przeciwnie radzą nie obcinać zbyt wysoko nasieniowód, lecz polecają wszyć jego dośrodkowy koniec w brzeg rany by umożliwić dalsze leczenie zachowawcze pęcherzyków nasiennych i sterczu (wstrzykiwania przez nasieniowód jodoformgliceryny i t. p.).

Pomijając już to, że wyjęcie przyjądrza, pęcherzyków nasiennych i sterczu jest bardzo ciężkim zabiegiem, który po usunięciu przyjądrza poleca Young wykonać od strony międzykrocza, Reinecke zaś z cięcia Voelckera — wykazano, że bez tego doszczętnego postępowania można się całkiem dobrze obejść i że bezpieczniej jest wszyć pozostały koniec nasieniowodu w skórę, umożliwiając sobie w ten sposób dalsze zwykle skuteczne leczenie. To bardziej zachowawcze i ostrożne stanowisko zyskało więcej zwolenników, gdyż oszczędza choremu przebycie ciężkiego i niebezpiecznego zabiegu i umożliwia w przeważnej części przypadków zupełne wyleczenie — z drugiej strony wykonanie doszczętnej operacji Younga nie daje nam zupełnej pewności, że uda się dokładnie w głębokiej ranie operacyjnej usunąć wszystkie części schorzałe — powstała zaś po zabiegu dochodząca daleko w głąb, o krętym przebiegu przetoka gruźlicza — sprawia potem znaczne trudności w następowem leczeniu.

Operację wycięcia przyjądrza wykonał po raz pierwszy Malgaigne w r. 1851, samą zaś techniką tego zabiegu zajmywali się Bardenheuer, Quenu, Pujol, Legueu, Duplay, Lejars, Poncet i inni.

Na klinice naszej wykonujemy wycięcie przyjądrza zawsze w znieczuleniu miejscowem (10 cm^3 1%-wej nowokainy z adrenaliną wstrzykujemy w sznurek nasienny i obstrzykujemy pole operacyjne 15—20 cm^3 0.5%-wej nowokainy). Cięciem podłużnem długości 10—12 cm odsłaniamy sznurek nasienny, jądro i przyjądrze, następnie 2 cm powyżej górnego bieguna jądra oddzielamy na tępo nasieniowód od reszty sznurka nasiennego wyosabniając go możliwie jak najbardziej w dół ku jądru. Na nasieniowód zakładamy pętlę z grubego jedwabiu, którą umocowywujemy kleszczykami Kochera. Następnie nacinamy ostrożnie nożem otoczkę własną jądra na tylnym brzegu przyjądrza wzdłuż jego ciała i ogona, uważając, by nie otworzyć ognisk gruźliczych w przyjądrzu, poczem na tępo oddzielamy ciało przyjądrza od jądra (w tem miejscu przyjądrze daje się najłatwiej oddzielić), następnie na ostro nożem lub nożyczkami oddzielamy od jądra ogon przyjądrza. Pozostaje w końcu najtrudniejszy akt do wykonania — oddzielenie głowy przyjądrza od jądra; akt ten należy wykonać ostrożnie tembardziej, że cały czas musi się oddzielać ostro — przyczem łatwo można zranić tętnicę nasienną wewnętrzną *(art. sperm. int.)*, wchodzącą do górnego bieguna jądra z tyłu tuż za główką przyjądrza. Orjentację ułatwia nam to, że mamy już oddzielony nasieniowód wraz z tętnicą nasieniowodową *(art. deferentialis)*, oraz to, że po nacięciu otoczki własnej jądra *(tun. vagin. propria)* na początku operacji — widzimy przez cały czas naczynia idące do jądra. Po oddzieleniu w ten sposób całego przyjądrza od jądra i zaopatrzeniu krwawiących naczyń w okolicy górnego bieguna jądra prostemi nożyczkami usuwamy resztki chorych części, pozostałych na jądrze w postaci zgrubień otoczki jądra, zeszywamy zranioną otoczkę jądra, worek mosznowy, na samym zaś końcu podwiązujemy nasieniowód, przecinamy go palnikiem Paquelina i wszywamy w górny brzeg rany.

Zwykle udaje się zupełnie dobrze oddzielić przyjądrze od zdrowego jądra, w przypadkach, gdzie schorzenie przechodzi częściowo na jądro, można je czasem uratować wykonując częściowe wycięcie jądra. Przypadki jakie mieliśmy sposobność spostrzegać zdają się przeczyć temu jakoby gruźlica przechodziła bardzo wcześnie z przyjądrza na jądro, w naszych bowiem przypadkach stwierdzaliśmy raczej rozprzestrzenianie się w kierunku pęcherzyków nasiennych i zajęcie drugiego przyjądrza przy nietkniętem jądrze. Miałem sposobność operować jednego chorego, gdzie usunąłem oba przyjądrza bardzo znacznie zmienione, z licznemi ropniami, połączone mostkiem zmienionej chorobowo tkanki podskórnej i skóry moszny — ponieważ jądra nie wykazywały żadnych zmian udało się je utrzymać.

W przypadkach gdzie schorzenie zajęło otoczkę jądra w postaci drobnych gruzełków, obficie po niej rozsianych — wskazanem jest usunięcie jądra wraz z otoczką, pomimo tego, że jest ono zdrowe, albowiem w tych przypadkach następuje zwykle zakażenie gruźlicze rany pooperacyjnej i jądra — tak, że trzeba je potem usunąć.

Nie wykonywaliśmy nigdy polecanego przez Bardenheuera, Ramsterdta i Bogoljubowa wszczepienia nasieniowodu w jądro, nawet w tych przypadkach, gdzie zmiany w przyjądrzu były nieznaczne i nasieniowód zdawał się być niezmieniony — uważając, że w przypadkach tych bardziej skomplikowane zabiegi są nie wskazane ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia następczego jądra tembardziej, że i tak nie wiemy dokładnie gdzie jest pierwotne ognisko i obawiać się trzeba zakażenia jądra z chorych pęcherzyków nasiennych i sterczu.

Z 24 przypadków jakie miałem sposobność spostrzegać w ostatnich latach 6 razy zmuszeni byliśmy wykonać kastrację

jednostronną, raz wykonaliśmy wycięcie obu przyjądrzy pozostawiając jądra, raz wykonaliśmy po jednej stronie kastrację — po drugiej zaś wycięcie przyjądrza.

W jednym z przypadków wkrótce po operacji utworzyła się przetoka gruźlicza, zakażeniu uległo jądro i trzeba je było następowo usunąć. W dwu przypadkach w kilka miesięcy po operacji chory zgłosił się ze schorzeniem drugiego przyjądrza, które przedtem było zdrowe i żadnych zmian w niem nie wykazywaliśmy.

Jak widać z tego wyniki lecznicze mieliśmy nienajgorsze i nasze zachowawcze postępowanie jest w zupełności uzasadnione. Rany pooperacyjne goiły się zawsze rychłozrostem i chory po lekkim stosunkowo zabiegu już po kilku dniach mógł opuścić klinikę uleczony.

Na koniec muszę jeszcze wspomnieć o leczeniu nieoperacyjnem gruźlicy przyjądrza. Leczenie to z konieczności stosujemy tylko u chorych, którzy nie chcą się poddać zabiegowi operacyjnemu. W przypadkach tych polecamy wewnętrznie jod (o ile niema zmian w płucach) diatermję i naświetlania promieniami Roentgena poza innymi djetetyczno-klimatycznymi przepisami stosowanymi zawsze w leczeniu gruźlcy chirurgcznej. Przekrwienia biernego, polecanego przez Biera, (podwiązanie opaską gumowa lub sączkiem worka mosznowego u podstawy), nie stosowaliśmy mając w diatermji środek energiczniej działający Nie stosowaliśmy również wstrzykiwań jodoformgliceryny ani łeczenia tuberkuliną — ograniczając się jedynie do leczenia diatermją, naświetlań lampą kwarcową i naświetlań Roentgenowskich przyjądrza — doradzaliśmy jednak zawsze choremu wczesną operację, albowiem jesteśmy zdania, że leczenie zachowawcze jest wskazane dopiero po usunięciu ogniska chorobowego — jako uzupełnienie zabiegu operacyjnego.

Jakób PUTERMAN. Sosnowiec.

W sprawie mechanizmu działania insuliny *(ex re artykułu Hornunga: „O przewlekłem stosowaniu insuliny w eksperymencie". Polska Gazeta Lek. Nr. 48 r. 1927).*

Autor w pracy swojej podaje, że spadek cukru po przewlekłem insulinowaniu zwierząt był w pierwszych tygodniach szybszy, niż po dłuższem stosowaniu insuliny, że w czwartym miesiącu stałego insulinowania stwierdzono nawet pewną hyperglikemję, co autor przypisuje „pewnemu przyzwyczajeniu organizmu do działania insuliny'.

Otóż eksperymentalne badania Jacoby'ego i Loewi'ego stwierdziły, że we krwi djabetycznej krąży nadmiar pewnej substancji, a raczej hormonu, pochodzenia wątrobowego, glikeminą zwanego, posiadającego własności antagonistyczne w stosunku do insuliny. O ile bowiem insulina przyczynia się do utrwalenia cukru w elementach komórkowych (w ciałkach krwi), a tem samem do należytego zużytkowania węglowodanów, o tyle glikemina hamuje tę czynność. Pozatem glikemina posiada własności rozszczepiania glikogenu watrobowego, co jest objawem charakterystycznym cukrzycy.

Dalsze doświadczenia stwierdzały, że o ile hormon insuliny wyzwolony zostaje pod wpływem ośrodka parasympatycznego trzustki, o tyle znowu hormon glikeminowy wątrobowy wyzwolony zostaje pod wpływem adrenaliny, bądź sztucznie wprowadzonej, bądź też powstałej na skutek drażnienia nadnerczy przez ich ośrodek sympatyczny, oraz po zniesieniu funkcji trzustki (wyłuszczenie).

Otóż czy nie dałoby się objaśnić wyczerpanie działania insuliny po dłuższem jej stosowaniu nie „przyzwyczajeniem" do niej ustroju, jakto chce autor, lecz przeciwinsulinowem działaniem glikeminy, zaś wzmożenie poziomu cukru we krwi rozszczepieniem glikogenu wątrobowego pod wpływem tegoż hormonu glikeminowego.

Doświadczalne badanie stanu nadnerczy, względnie poziomu adrenalinemji, badanie stanu trzustki, a przedewszystkiem stanu wątroby, której ostatnio przypisują najwybitniejszą rolę cukrzycy, możeby w stanie było uchylić rąbek zasłony z ciemnego dotąd mechanizmu działania insuliny, względnie wyjaśnić przyczynę wyczerpania działania po przewlekłem stosowaniu lub zupełnej jej nieskuteczności w pewnych postaciach cukrzycy.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Eryk OBSTAENDER. Wiedeń.

Przypadek porażenia typu Webera-Gublera.

Z Zakładu neurologicznego Maria-Theresienschlossl we Wiedniu.
(Dyrektor: Prof. Dr. E. Redlich).

Przypadek który mam tutaj zamiar w krótkości opisać, należy do grupy porażeń połowicznych naprzemiennych. Wśród tych porażeń, zależnie od umiejscowenia i rozległości ogniska, rozróżnia się kilka typów oznaczonych nazwiskiem autorów, którzy pierwsi dany zespół objawów opisywali. Przypadek nasz przedstawia typ Webera-Gublera, w którym, jak wiadomo, ognisko umiejscawia się w szypule mózgowej, powodując porażenia połowicze naprzemienne kończyn i nerwu okoruchowego.

Zanim przystąpię do opisu klinicznego, pozwolę sobie zwrócić uwagę na kilka szczegółów anatomicznych ułatwiających zrozumienie danego przypadku.

Nerw okoruchowy bierze początek z jądra o znacznej długości, położonego w okolicy ciał czworaczych przednich popod wodociągiem Sylwjusza. Jądro tego nerwu składa się z szeregu grup komórkowych, którym starano się już oddawna przydzielić poszczególne funkcje nerwu okoruchowego. Według Siemerlinga i Goldsteina, najważniejsze znaczenie posiada jądro środkowe, na drugiem zaś miejscu stoi według tych autorów wielkokomórkowe jądro boczne. Co do jądra t. zw. Westphal-Edingera, to zdania autorów nie są zgodne. Bach odmawia temu jądru wogóle przynależności do nerwu okoruchowego, przeciwnie zaś Bernheimer uzależnia od tego jądra unerwienie wewnętrznych mięśni oka. Autor ten zdołał wywołać u małpy sztywność źrenic przez zniszczenie tej grupy komórek. Zdanie to podzielają również Hensen i Völkers, badania zaś Kahlera i Picka wykazują, że i u człowieka włókna źreniczne pochodzą z jądra Westphal-Edingera. Podobnie zapatruje się na tę sprawę i Monakow. Dodajmy jeszcze, że włókna jądra okoruchowego przebiegają w szypule porozrzucane w poszczególne pęczki, co tłumaczy możliwość częściowego tylko zajęcia nerwu III. w razie ognisk umiejscowionych w szypule. Wreszcie charakterystyczną cechą dla ognisk w tej okolicy jest jednostronność objawów, w przeciwieństwie do porażeń raczej dwustronnych przy ogniskach w czepcu (Marburg). Do szczegółów tych powrócimy, gdy będziemy omawiali nasze przypadki.

Chora lat 69, od 54go r. ż. ustanie perjodów bez objawów klimakterycznych. Kiły nie przechodziła, alkoholu ani nikotyny nie nadużywała. Czuła się zawsze dobrze, dopiero od 5-ciu lat zaczęła doznawać bólów w stawach rąk i stóp. Dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala wystąpiło nagle podczas wkładania obuwia silne krwawienie z nosa i jamy ustnej, po którem zjawiło się uczucie kełowania, w ten sposób, że przedmioty przesuwały się od strony prawej ku lewej. Chora odczuwała nadto silny ból w okolicy czołowej, a wkrótce później zauważyła opadnięcie powieki prawej, którą tylko z trudem mogła unosić. Prócz tego wystąpiło podwójne widzenie i wykrzywienie ust. Niedowładu kończyn nie zauważyła, podczas chodzenia miała uczucie padania ku przodowi. Cały obraz chorobowy rozwinął się bez utraty przytomności Krwawienie z nosa powtórzyło się jeszcze dwukrotnie bez dalszego wpływu na stan chorobowy.

Stan obecny: chora wzrostu niskiego, o delikatnej budowie odżywienia miernego. Opadnięcie powieki górnej prawej tak znaczne, że gdy chora patrzy wprost, widoczny jest zaledwie dolny rąbek tęczówki. Czynnie chora wcale nie unosi powieki. Prawa gałka oczna lekko skierowana na zewnątrz, ruch gałki na wewnątrz zaznaczony, na zewnątrz możliwy, ku dołowi bardzo ograniczony wśród ruchów oczopląsowych, uniesienie gałki jest zupełnie zniesione. Zbieżność gałki prawej jest zniesiona. Źrenica prawa stale większa, kształtu lekko owalnego, oddziaływuje słabo na światło, lewa zaś reaguje bardzo dobrze; ślad oddziaływania na przystosowanie. Odruch rogówkowy po stronie lewej jest zniesiony, po prawej żywy. Brew prawa ustawiona jest nieco wyżej od lewej, czoło marszczy słabiej po stronie lewej, zamknięcie powiek lewych jest jednak możliwe; powieka lewa samoistnie powoli się unosi, a równocześnie gałka obniża sie. Fałd nosowowargowy lewy wygładzony, lewy kącik ust niżej ustawiony; przy inerwacji strona lewa ust napina się gorzej. Ruchy języka sprawne. Odruchy podniebienne obustronnie słabe. Mowa lekko zatarta. Smak obniżony na przednich $^2/_3$ częściach języka. Wyraźne zmiany artretyczne na obu rękach, szczególnie na palcach. Odruchy łopatkowy po lewej +, Babiński po lewej +. Ataksja dysmetryczna w obu lewych kończynach; hypodiadochokineza po lewej. Pod-

czas próby Barany'ego (palec-palec) występuje wprawdzie zrazu odchylenie, które jednak chora ostatecznie wyrównywa i poprawnie osiąga cel. Odruch brz. prawy żywy, lewy zniesiony. Czucie na wszystkie rodzaje zachowane. Chód możliwy tylko przy pomocy, lekko kurczowy w kończynie lewej z tendencją do padania w stronę lewą. Przy próbie Romberga chora pada na lewo.

Ciśnienie krwi 180 mm rtęci, w moczu ślad białka. Odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny.

W streszczeniu stan chorej tak się zatem przedstawiał: prawie zupełne porażenie prawego nerwu okoruchowego, niedowład wszystkich gałązek lewego nerwu twarzowego, lekkie objawy piramidowe i wyraźne móżdżkowe w kończynach lewych.

Powoli stan chorej się poprawiał, poprawa szybka dotyczyła nerwu twarzowego, niezborność kończyn powoli się zmniejszała, z czasem i objaw Babińskiego stał się ledwie zaznaczony, wreszcie wystąpiła też wyraźna poprawa ruchów gałki ocznej prawej. W chwili wypisania się z oddziału t. j. w 8 tygodni od początku choroby stwierdzało się jeszcze opuszczenie prawej powieki, rozszerzenie prawej źrenicy przy dobrej już reakcji świetlnej i lekkie upośledzenie ruchów gałki prawej, nieznaczny niedowład lewego nerwu twarzowego, wzmożenie odruchów w kończynach lewych, z niepewnym Babińskim i lekkie objawy ataktyczne po stronie lewej.

Na ogół już małe ogniska w trzonie mózgowym, więc i w szypule wywołują nader bogatą symptomatologję, a to dlatego, że różnorodne tory przebiegają tu bardzo blizko jedne obok drugich. Co się tyczy dróg piramidowych, to starano się w nich wyróżnić poszczególne pola jedne zajęte przez tory opuszkowe, inne przez tory rdzeniowe. Przeważnie autorowie przyjmują, że tory opuszkwe leżą w szypule przyśrodkowo wobec reszty torów. Zapatrywanie to znajduje poparcie i w naszym przypadku. Jeżeli odnośnie do naszego przypadku przyjmiemy zmianę anatomiczną pochodzenia naczyniowego w okolicy jądra, względnie korzonka nerwu okoruchowego, więc w przyśrodkowej części szypuły, to rzecz naturalna, że najsilniej będzie zajętą przyśrodkowa część piramid zawierająca między innemi włókna dla nerwu twarzowego, w mniejszym zaś stopniu uszkodzenie dotknie dróg korowordzeniowych. Rzeczywiście też drogi te mogą być u naszej chorej nieznacznie tylko zajęte, albowiem objawy piramidowe ze strony kończyn lewych wyrażają się zaledwie wzmożeniem odruchów i dodatnim objawem Babińskiego. Niezborność kończyn lewych świadczy o zajęciu czepca. Ponieważ włókna korzonkowe jądra nerwu okoruchowego przebiegają w szypule, zgodnie z rozmieszczeniem grup komórkowych tegoż jądra, przewaga porażeń mięśni wewnętrznych oka nad niedowładem zewnętrznych świadczyłaby o dogłowowo-przyśrodkowem umiejscowieniu ogniska w obrębie szypuły.

Ukrwienie okolicy, w której nastąpiło uszkodzenie w naszym przypadku, należy według Duret'a, zwłaszcza zaś według Foix i Hillemand'a do zakresu tętnicy podstawowej, z której rozgałęzień odchodzi szereg gałązek tętniczych, zaopatrujących przyśrodkowe części szypuły. Co się tyczy etjologji, to najprawdopodobniej poważną rolę odegrało tu obfite krwawienie, o którem wspominaliśmy w wywiadach. Mogło ono spowodować zakrzep wskutek nagłego obniżenia ciśnienia lub też wywołać skurcz naczyniowy w następstwie obocznego niedokrwienia u osobnika ze zmianami miażdżycowemi tętnic. Niedawno Groedel i Hubert opisali szereg ciekawych przypadków, dla których przyjmują również proces wrzekomo-zatorowy, na tle niedokrwistości. Rozpoznanie różniczkowe opiera się przedewszystkiem na braku wybitniejszych cech udaru, które towarzyszą prawdziwym zatorom naczyń mózgowych. Przyjmując jednak niedokrwienie na tle skurczu naczyniowego, liczymy się również z możliwością etiologji kiłowej, i wreszcie zwykłego krwotoku miażdżycowego, co też byłoby najprawdopodobniejsze u osobnika 70 letniego z ujemnym odczynem Wassermanna.

Na koniec wspomnieć jeszcze należy, że francuscy autorowie, (Foix i i.) zwracają uwagę, że w pewnych warunkach obfite upusty krwi mogą stać się przyczyną zakrzepu naczyń mózgowych. Tego również zdania jest Wilder, który zajmował się szczegółowiej tą sprawą. W naszym przypadku podobne działanie mogło wywrzeć obfite krwawienie z nosa, które zapoczątkowało wystąpienie objawów nerwowych.

Piśmiennictwo:

Bach: C. f. N. 96. — Bernheimer: N. C. 1899. — Cassirer-Schiff cit. Oppenheim. — Foix et Hillemand. Cpt. rend. de séance de la soc. de biol. 92. 1. Cpt. rend: de la séance de la soc. de biol. 92. 8. — Groedel u. Hubert: D. med. Wochenschr. 19295. — Jacobsohn: Die Kerne d. menschl. Hirnstammes. Berlin 1909. — Neiding: Frankfurter N. C. 11. — Oppenheim: Lehrbuch 7. Aufl. — Wallenberg u. Marburg: D. Z. f. N. 41. — Wilder: Z. f. N. u. Ps. 105.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia... 1927 o chowaniu zmarłych i o stwierdzaniu przyczyny zgonu.

Na podstawie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1925 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78 poz. 443) postanawiam co następuje:

Art. 1.

1. Ciała osób zmarłych, z wyjątkiem zmarłych na choroby zakaźne, nie mogą być chowane przed upływem 24 godzin od chwili zgonu.

2. Najpóźniej po upływie 72 godzin od chwili zgonu zwłoki powinny być usunięte z mieszkania celem pochowania lub, w razie odroczenia terminu pochowania, celem złożenia w domu przedpogrzebowym lub kostnicy do czasu pochowania. Ciała, złożone w domu przedpogrzebowym lub kostnicy, nie mogą w nich pozostawać dłużej, jak do czasu wystąpienia na zwłokach wyraźnych oznak rozkładu.

3. Zwłoki osób, zmarłych na choroby zakaźne, wyliczone w rozporządzeniu wykonawczem, powinny być natychmiast po stwierdzeniu zgonu usunięte z mieszkania i pochowane w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.

4. Wyjątki od terminów, wyżej oznaczonych, mogą być czynione jedynie ze zezwoleniem powiatowej władzy administracji ogólnej.

5. Od chwili zgonu aż do pochowania zwłoki powinny być przechowywane w taki sposób, aby nie mogły wywierać szkodliwego wpływu na otoczenie.

Art. 2.

1. Prawo i obowiązek pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: a) pozostały małżonek (ka), o ile nie jest w separacji, b) krewni zstępni, c) krewni wstępni, d) krewni boczni do 4-go stopnia pokrewieństwa, e) powinowaci w linji prostej do 1-go stopnia. Prawo i obowiązek pochowania osób wojskowych, zmarłych w czynnej służbie wojskowej, w stanie spoczynku i uczestników powstań narodowych, mają także właściwe władze wojskowe w myśl przepisów wojskowych.

2. Powiatowe władze administracji ogólnej mogą przekazywać zakładom uniwersyteckim do celów naukowych zwłoki osób, zmarłych zarówno w szpitalach i instytucjach, utrzymywanych z środków publicznych, jak i poza niemi, niepochowane przez rodzinę w rozumieniu ustępu pierwszego. Zaskarżenie decyzji władz administracyjnych nie wstrzymuje jej wykonania.

3. Zwłoki, niepochowane względnie nieprzekazane zakładom uniwersyteckim w myśl ustępu pierwszego i drugiego, winny być pochowane przez gminę miejsca zgonu, o ile nikt inny nie weźmie tego obowiązku na siebie.

4. Obowiązek pochowania zwłok, określony w niniejszym artykule, nie wyklucza żądania zwrotu kosztów na podstawie innych ustaw.

Art. 3.

1. Zgon i jego przyczyna winny być ustalone przez lekarza, leczącego chorego w ostatniej chorobie. W razie, gdy zmarły w ostatniej chorobie nie pozostawał pod opieką lekarza, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny winno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza sanitarnego danej gminy, lub w razie jego braku, przez inną osobę, powołaną do tych czynności przez władze gminne.

2. Sposób wykonywania oględzin oraz kwalifikacje osób, które w braku lekarzy mogą być powoływane do wykonywania oględzin, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

3. Osoby, wymienione w ustępie pierwszym, stwierdzają zgon i jego przyczyny w sporządzanych w tym celu kartach zgonu.

Karty zgonu powinny być wypełnione w dwóch dla każdego przypadku zgonu egzemplarzach według formularzy, których treść oraz sposób wypełniania określi Minister Spraw Wewnętrznych.

Jeden z tych egzemplarzy, przeznaczony dla urzędu stanu cywilnego względnie urzędu metrykalnego, ma służyć dla celów pochowania zwłok, drugi zaś dla celów statystycznych.

Egzemplarz, przeznaczony dla celów statystycznych, osoby, stwierdzające zgon (ustęp 1), winny przesłać bezpośrednio do powiatowej władzy administracji ogólnej.

4. Pochowanie zwłok względnie przekazanie ich władzom uniwersyteckim bez uprzedniego stwierdzenia zgonu i jego przyczyny w karcie zgonu w myśl przepisów niniejszego rozporządzenia jest niedopuszczalne.

5. Lekarze, stwierdzający zgon i jego przyczynę, obowiązani są udzielać państwowym władzom administracji sanitarnej dla celów statystycznych wyjaśnień, odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny. O ile zmarły pozostawał podczas ostatniej choroby pod opieką lekarską, wyjaśnienia winny również dotyczyć przebiegu tej choroby. Wyjaśnienia te stanowią tajemnicę urzędową i mogą być zużytkowane tylko dla celów statystycznych.

Opłaty pocztowe, związane z korespondencją lekarzy wolnopraktykujących, udzielających wzmiankowanych wyjaśnień, pokrywane będą z budżetu państwowego.

6. Zarówno lekarz, jak i inna osoba, powołana do wykonywania oględzin zwłok (ustęp 1), jeżeli przy dokonaniu tej czynności powezmą pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna lub przestępstwo, powinni zawiadomić o tem natychmiast w pierwszym wypadku najbliższą władzę gminną, w drugim zaś — właściwą sądową, lub najbliższy posterunek służby bezpieczeństwa publicznego.

7. Zabrania się chowania bez zezwolenia władzy sądowej zwłok ludzkich, co do których istnieje pewność lub zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Jeśli postępowanie karne zostało wdrożone, pochowanie jest dopuszczalne tylko za zezwoleniem władzy sądowej.

Art. 4.

1. Zwłoki ludzkie powinny być chowane przez złożenie w dołach ziemnych, w grobach murowanych lub katakumbach (art. 5, 6, 7, 9 i 10) oraz mogą być chowane również przez spopielenie w specjalnie na ten cel przeznaczonych zakładach (krematorjach) (art. 13, 14), jakoteż przez zatopienie w morzu (art. 15).

2. Przenoszenie lub przewożenie zwłok w otwartych trumnach jest wzbronione.

3. Doły ziemne, groby murowane lub katakumby, przeznaczone do składania zwłok i szczątków ludzkich, mogą się znajdować tylko na cmentarzach. Wyjątki od tej zasady mogą być czynione za zezwoleniem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

Art. 5.

1. Cmentarze powinny znajdować się na ogrodzonym terenie, odpowiednim pod względem sanitarnym.

2. Na każdym cmentarzu ma być dom przedpogrzebowy lub kostnica, które służą:

a) do składania ciał osób zmarłych do czasu pochowania ich,

b) do wykonywania obrzędów rytualnych,

c) do wykonywania oględzin sądowo-lekarskich i sanitarno-policyjnych zwłok ludzkich.

3. Domy przedpogrzebowe lub kostnice mają być założone na wszystkich cmentarzach w przeciągu pięciu lat od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia.

4. Szczegółowe przepisy określi rozporządzenie wykonawcze. Rozporządzenie wykonawcze może również określić wyjątki od wymagań, w ustępie 2 i 3 wymienionych.

Art. 6.

1. Zakładanie, rozszerzanie i zamykanie cmentarzy gminnych, jakoteż ich utrzymywanie i zarządzanie niemi jest prawem i obowiązkiem gminy, względnie utworzonego w tym celu związku gmin, o ile obowiązek ten dla jednej gminy jest zbyt uciążliwy, lub skądinąd utrudniony. O zakładaniu, rozszerzaniu i zamykaniu cmentarzy przez związki gmin decydują powiatowe władze administracji ogólnej po wysłuchaniu opinji wydziału powiatowego.

2. Te same uprawnienia przysługują w ramach obowiązujących przepisów również uznanym przez państwo związkom religijnym, innym wyznaniowym osobom prawnym i instytucjom wojskowym.

3. Za korzystanie z cmentarzy i urządzeń cmentarnych mogą być przez osoby prawne, do których cmentarze należą, pobierane opłaty na cele, określone w ustępie pierwszym; decyzje w tym względzie podlegają zatwierdzeniu właściwej państwowej władzy nadzorczej. Wszelkie wydatki gmin, związane z wykonaniem obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, a niepokryte z wyżej wspomnianych opłat, pokrywają gminy w sposób, przewidziany dla innych wydatków gminnych. W razie braku pokrycia dla tych wydatków mogą gminy specjalnie na ten cel podwyższać pobierane na swoją rzecz podatki: gruntowy, przemysłowy i od nieruchomości, nie wyżej jednakże niż o 10 procent. Odnośne uchwały organów uchwalających gmin podlegają zatwierdzeniu władz, wykonywujących nad niemi nadzór w sprawach finansowych.

4. W razie konieczności zajęcia pod cmentarz gruntów państwowych Radzie Ministrów przysługuje prawo odstąpienia tych gruntów, o ile wartość poszczególnych objektów nie przekracza 100,000 złotych, odpłatnie lub bezpłatnie w drodze sprzedaży lub zamiany.

5. Grunty, potrzebne na cele cmentarne, mogą być nabyte na zasadach, określonych w obowiązujących przepisach o wywłaszczeniu nieruchomości na potrzeby urządzeń użyteczności publicznej, a w b. dzielnicy austrjackiej — z zastosowaniem ustawy z dnia 18 lutego 1878 r. (austr. Dz. Pr. P. Nr. 30).

Art. 7.

1. Na założenie, rozszerzenie lub zamknięcie każdego cmentarza należy uzyskać zezwolenia powiatowej władzy administracji ogólnej, jeśli zaś chodzi o gminy, wydzielone z powiatów, wojewódzkiej władzy administracji ogólnej, które również sprawują nadzór nad przestrzeganiem przepisów niniejszego rozporządzenia i wydanych na tej podstawie zarządzeń przez organy, uprawnione do zarządu cmentarzami przy wykonywaniu tego zarządu.

2. Władza ta, jeżeli zajdzie potrzeba ze względów publicznych, winna z własnej inicjatywy zarządzić otwarcie lub rozszerzenie cmentarza gminnego na koszt gminy, do tego obowiązanej. Tejże władzy przysługuje prawo zamykania cmentarzy zarówno gminnych, jak i wyznaniowych, z zastrzeżeniem stosowania do cmentarzy rzymsko-katolickich postanowień art. XIV. zdanie pierwsze konkordatu.

Art. 8.

1. Zwłoki ludzkie, ich szczątki i popioły muszą być przyjęte do pochowania na cmentarz gminny w obrębie gminy miejsca zgonu.

2. W razie braku cmentarza gminnego w gminie miejsca zgonu, zwłoki, o ile nie zostaną pochowane na cmentarzu wyznaniowym, winny być przewiezione do najbliższego cmentarza gminnego, gdzie muszą być przyjęte.

Art. 9.

1. Użycie terenu cmentarnego po zamknięciu cmentarza na inny cel nie może nastąpić przed upływem pięćdziesięciu lat od daty zamknięcia cmentarza, przyczem data ta powinna być liczona od chwili ostatniego pochowania zwłok na cmentarzu. Po upływie lat pięćdziesięciu od daty zamknięcia cmentarza użycie terenu cmentarnego na inne cele jest dopuszczalne, lecz bez uszkodzenia pamiątek historycznej wartości lub artystycznej, które jednak mogą być przeniesione na odpowiednie miejsce za zezwoleniem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej.

2. Zamknięcie cmentarza lub użycie terenu cmentarnego na inne cele ze względów użyteczności publicznej nie jest ograniczone żadnym terminem i następuje stosownie do przepisów o wywłaszczeniu na cele użyteczności publicznej.

3. Przy zmianie przeznaczenia terenu cmentarnego szczątki zwłok, znajdujące się na tym terenie, winny być przeniesione na inny cmentarz.

Art. 10.

1. Pojedynczy grób nie może być użyty do ponownego pochowania przed upływem lat dwudziestu.

2. Po upływie lat dwudziestu ponowne użycie grobu do pochowania nie może nastąpić, jeżeli jakakolwiek osoba zgłosi zastrzeżenie przeciw temu i uiści opłatę, przewidzianą za pochowanie zwłok, stosownie do ustępu art. 6. Zastrzeżenie to ma skutek na dalszych lat dwadzieścia i może być odnawiane.

3. Przepis powyższy nie stoi na przeszkodzie ponownemu pochowaniu przed upływem powyższego terminu w grobach murowanych, przeznaczonych do pomieszczenia zwłok, więcej, niż jednej osoby.

4. Dozwolone sa umowy, przedłużające termin, przed upływem którego nie wolno użyć grobu do ponownego pochowania

5. Niezależnie od powyższych przepisów jest zabronione użycie do ponownego pochowania grobów, mających wartość pamiątek historycznych (ze względu na swą dawność lub na osoby, które są w nich pochowane, lub zdarzenia, z któremi mają związek), albo wartość artystyczną.

6. Prawa, nabyte przed wejściem niniejszego rozporządzenia w życie, pozostają nienaruszone.

Art. 11.

1. Przewożenie zwłok, szczątków i popiołów w granicach Rzeczypospolitej na odległość nie większą, niż trzydziestu kilometrów, a na obszarze gminy, w której nastąpił zgon, bez względu na odległość, może być dokonywane bez uzyskania specjalnego zezwolenia.

2. Przewożenie zwłok w obrębie Państwa na odległość dalszą, przewożenie koleją i statkami na wszelką odległość, a również wywożenie poza granice Rzeczypospolitej Polskiej może być uskuteczniono jedynie po uzyskaniu zezwolenia powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca zgonu.

3. Na sprowadzenie zwłok, szczątków i popiołów z obcego państwa należy uzyskać zezwolenie powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca, w którem zwłoki mają być pochowane.

4. W wypadkach śmierci z chorób zakaźnych, wyliczonych w rozporządzeniu wykonawczem, pozwolenia na przewóz zwłok nie mogą być udzielone przed upływem jednego roku od chwili pochowania.

Art. 12.

1. Ekshumacja zwłok może być wykonana:

a) na umotywowaną prośbę rodziny lub otoczenia osoby zmarłej,

b) na zarządzenie władzy sądowej w trybie, przewidzianym przez prawo,

c) z polecenia władzy administracyjnej w razie podejrzenia, że śmierć nastąpiła z powodu choroby zakaźnej, niestwierdzonej za życia,

d) na mocy postanowienia władzy administracyjnej w razie zajęcia terenu cmentarnego na inny cel.

2. W wypadkach pod a) należy uzyskać na ekshumację zezwolenie powiatowej władzy administracji ogólnej. W wypadkach, wymienionych pod d), zwłoki jakoteż ich szczątki i popioły powinny być pochowane nanowo w innem miejscu. W wypadkach wywłaszczenia terenu cmentarnego koszty ekshumacji i przeniesienia ponosi ta osoba, na rzecz której teren cmentarny został wywłaszczony.

3. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne, wyliczone w rozporządzeniu wykonawczem, nie mogą być ekshumowane na prośbę rodziny lub otoczenia przed upływem jednego roku od dnia zgonu.

4. Pozwolenia na ekshumację, jakoteż na przewóz zwłok ludzkich, podlegają na rzecz Skarbu Państwa opłacie, której wysokość określa Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem Skarbu.

Art. 13.

1. Spopielanie zwłok ludzkich może się odbywać jedynie po uzyskaniu zezwolenia powiatowej władzy administracji ogólnej miejsca zgonu.

2. Zezwolenie to będzie udzielone na podstawie:

a) świadectwa zgonu, wydanego przez lekarza leczącego i urzędowego,

b) zaświadczenie właściwego Urzędu Prokuratorskiego. Rozporządzenie wykonawcze określi warunki których spełnienie jest wymagane dla powyższego zaświadczenia,

c) udowodnienia, że osoba zmarła życzyła sobie być spopieloną.

3. Szczegółowe przepisy dla zakładów spopielania zwłok ludzkich (krematorjów) wyda Minister Spraw Wewnętrznych. Zakłady takie mogą być otwierane tylko na mocy pozwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 14.

1. Popioły, otrzymane przy spopielaniu zwłok ludzkich, mogą być złożone bądź na cmentarzu grzebalnym, bądź też w innych miejscach specjalnie na ten cel za zgodą Ministra Spraw Wewnętrznych przeznaczonych. Miejsc tych dotyczą również przepisy art. 5, 6, 7 i 9, założenie tych miejsc nie zwalnia gminy od obowiązku założenia grzebalnego cmentarza gminnego w myśl art. 6 ustęp 1.

2. Przy usuwaniu popiołów ludzkich z miejsca, w którem je złożono obowiązuje przepis art. 12 niniejszego rozporządzenia, z wyjątkiem postanowień, dotyczących osób, zmarłych na choroby zakaźne.

Art. 15.

1. Ciała osób, zmarłych na okrętach, będących na pełnem morzu, powinny być chowane przez zatopienie w morzu, zgodnie ze zwyczajami morskiemi. Wszakże w wypadkach, kiedy okręt może w przeciągu 24-ch godzin przybyć do portu, należy zwłoki przewieźć na ląd i tam je pochować.

2. Wyjątki od powyższych przepisów mogą być czynione przez kapitana okrętu, z uwzględnieniem wskazań sanitarnych i wojskowych, jeżeli chodzi o okręty wojenne lub inne, używane do celów wojskowych.

Art. 16.

1. Przekroczenie przepisów niniejszego rozporządzenia, jak również rozporządzeń, wydanych na jego podstawie, ulega w drodze administracyjnej karze do 6-ciu tygodni aresztu i grzywny do 500 złotych lub jednej z tych kar, o ile czyn odnośny nie stanowi przestępstwa surowiej karanego.

2. Grzywna będzie zmieniona na wypadek niemożności ściągnięcia na areszt według słusznego uznania władzy orzekającej, jednak nie ponad 6 tygodni, co powinno być oznaczone w orzeczeniu skazującem.

2. Orzeczenia karne wydają powiatowe władze administracj ogólnej. Od tych orzeczeń można wnieść w ciągu 7 dni, licząc od dnia, następującego po dniu doręczenia orzeczenia na ręce władzy, która orzeczenie wydała, odwołanie do właściwego Sadu Okręgowego, który rozpoznaje sprawe w ostatniej instancji, przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołan od wyroków Sądów pokoju (powiatowych).

4. Sąd Okręgowy nie może w razie uchylenia orzeczenia przekazać sprawy władzy administracyjnej do ponownego rozpatrzenia. Wniesienie odwołania nie wstrzymuje ściągnięcia kary grzywny, jednak kary aresztu nie można wykonać przed uprawomocnieniem się orzeczenia.

5. Na obszarze Województw poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części Województwa Śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 17.

1. W ciągu dwóch lat od daty wejścia w życie niniejszego rozporządzenia obowiązek przyjmowania zwłok ludzkich i ich szczątków obciąża także cmentarze wyznaniowe, do których na zasadzie tego postanowienia przyjmowane być muszą również zwłoki osób innych wyznań, o ile w promieniu trzydziestu kilometrów od miejsca zgonu niema cmentarza gminnego lub odpowiedniego wyznaniowego.

2. Bliższe szczegóły, dotyczące sprawy, objętej niniejszym artykułem, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Art. 18.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Ministrem Sprawiedliwości.

Art. 19.

1. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z zastrzeżeniem, wskazanem w punkcie 2 niniejszego artykułu, w 6 miesięcy po ogłoszeniu i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej.

2. Zastosowanie przepisów, zawartych w punktach 1—6 art. 3 niniejszego rozporządzenia, następować będzie na poszczególnych obszarach Rzeczypospolitej na mocy rozporządzeń Rady Ministrów, wydawanych na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych, z zastrzeżeniem, że zastosowanie tych przepisów na całym obszarze Rzeczypospolitej nastąpi do 3-ch lat od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia.

3. Z chwilą wejścia w życie niniejszego rozporządzenia tracą moc obowiązującą wszelkie przepisy prawne, dotyczące przedmiotów, w tem rozporządzeniu unormowanych.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Docent Dr. Józef Jaxa DĘBICKI. Lwów.

Nauczanie rentgenologji a studjum lekarskie.

(Referat wygłoszony na ogólnym Zjeździe rentgelenologów polskich w Warszawie 26. XI. 1927).

W czasach starożytnych i przez setki lat wieków średnich nauczał sztuki lekarskiej jeden człowiek, jeden mistrz. W miarę

jednak rozwoju metod dociekania i w miarę odkrywania coraz nowszych tajemnic przyrody, zamkniętych w ciele ludzkiem, niewystarczał już umysł jednego człowieka do ogarnięcia wszystkich zjawisk, zachodzących w ustroju, jego czynności, zmian jakie w nim powstają skutkiem chorób, sposobów i środków działających leczniczo, i t. d. i stąd siłą rzeczy musiał się podzielić sposób nauczania. Powstały osobne działy wiedzy lekrskiej, jak fizjologja, anatomja patologiczna, farmakologja i inne. Każdy z tych działów, acz ściśle związany z całością wiedzy lekarskiej, stanowi dla siebie osobną naukę, z osobnemi sposobami badania, wymagającą specjalnych wiadomości.

Kiedy poznano drobnoustroje, powstała osobna nauka: Bakterjologja. Jeszcze pamiętam te czasy, kiedy nie było osobnej katedry bakterjologji, a o drobnoustrojach uczyliśmy się przy patologji i anatomji patologicznej. Niekiedy potrącał też o ten przedmiot internista, niekiedy chirurg. W miarę rozwoju nauk lekarskich odsłoniły się dziedziny, które wymagały szczególnego zajęcia się niemi, dla ich pogłębienia i zupełnego wykorzystania i w ten sposób powstały nowe działy medycyny.

Przed laty 60 istniały w szpitalach wogóle tylko dwa oddziały: wewnętrzny i zewnętrzny, a do tego ostatniego należała chirurgja z chorobami uszu, krtani, oka, zębów i skóry. Z czasem oddzielono od chirurgji choroby skórne, potem kobiece, wreszcie powstały z niej specjalności, jak okulistyka oto- i laryngologja, rinologja i stomatologja.

Od medycyny wewnętrznej oddzielono naukę o chorobach nerwowych, a i z tej jeszcze osobny dział chorób umysłowych.

I nic w tem dziwnego, bo drzewo nauki, którą wykładał swoim adeptom *Avicenna, Galenus* albo van *Tulp* rozrosło się w potężne konary i gałęzie, wymagające osobnych pieczołowitych ogrodników.

I dzisiaj nikomu nawet przez myśl nie przejdzie, by chirurg nauczał chorób skórnych, albo internista bakterjologji, lub wreszcie ginekolog okulistyki, mimo, że każdy z nich musi być doskonale obeznanym z całokształtem wiedzy lekarskiej.

Od lat 30 błąka się w medycynie nowa młoda nauka, która nigdzie przytułku znaleść niemoże i której wszędzie źle się dzieje. Tą nauką jest rentgenologja. W czasie dla rozwoju każdej nauki niebywale krótkim, objęła ona tak szerokie horyzonty, jak żadna inna. Zamilczę o podboju fizyki i chemji, o zastosowaniu promieni Roentgena w przemyśle, o szerokim polu działania w rolnictwie i hodowli. Nas zajmuje rentgenologja lekarska.

Dzisiaj nie potrzeba już chyba przekonywać nikogo o tem, że nauki lekarskie niemogą się bez niej obejść, i to właśnie jest dowodem jej doniosłości dla medycyny. A, jeżeli jeszcze dzisiaj są ludzie, którzy, mimo patentu na uczonych z tytułu zajmowanego stanowiska, nie doceniają jej albo zgoła nie uznają, to ten ich upór musimy położyć albo na karb nieuctwa albo złej woli.

Rentgenologja lekarska łączy się ściśle z wszystkiemi działami nauk lekarskich. Znajduje ona zastosowanie w badaniach anatomicznych, w biologji, patologji, medycynie sądowej a przedewszystkiem w medycynie klinicznej. Wymaga ona w pierwszym rzędzie dokładnej znajomości całości medycyny a poza tem pewnych szczególnych wiadomości fizykalnych i technicznych. Rentgenolog powinien być specjalistą wszystkich specjalności powiedział H o l z k n e c h t. Powinien pracować z internistą, jak internista z chirurgiem, jak chirurg, z dermatologiem, i t. d. Każdy dział nauk lekarskich posiada swój własny sposób myślenia, swój kąt widzenia. Te własności musi sobie przyswoić rentgenolog. Musi on być z niemi obeznanym, musi być indywidualnym, a nie jedynie technikiem i wykonawcą.

Rentgenologja jest taksamo specjalnością, jak każda inna specjalność w medycynie, z tą różnicą, że wkracza ona tak ściśle we wszystkie inne działy, iż nazwać ją trzeba specjalnością wszystkich specjalności. Z tego powodu wymaga ona gruntownego wykształcenia lekarskiego. Nie może być rentgenologiem, kto nie zna taksamo dokładnie anatomji, jak biologji albo chirurgji. Prócz tego wymaga ona, jak już wspomniałem, wielu wiadomości specjalnych z zakresu fizyki i elektrotechniki.

Dla lekarza praktycznego jest ona wierną pomocnicą a wzrost produkcji tanich aparatów rentgenowskich wskazuje na wielkie zainteresowanie się tym działem nauki, właśnie ze strony lekarzy praktyków.

Jednak mimo jej pierwszorzędnego znaczenia dla nauk lekarskich, zajmuje ona do dzisiaj stanowisko kopciuszka, który kryje się gdzieś w kąciku u internisty, chirurga albo dermatologa.

Prócz Poznania nie uczy się w Polsce rentgenologji. Boć przygodne wzmianki na tle kazuistyki klinicznej, nie są metodą nauczania. Przedewszystkiem każdy klinicysta posiada o tyle zainteresowania dla rentgenologji, o ile ona wchodzi w zakres jego specjalności. Tak jest i inaczej nawet być nie może, bo trudno żądać od chirurga, by się n. p. zajmował badaniem zmian we krwi po naświetleniu białaczki, albo metodami oznaczania długości fal promieni Röntgena, lub od internisty, by studjował występowanie jąder kostnienia, albo robił pomiary absorbcyjne, lub od ginekologa, żeby go interesowały nowotwory czaszki lub konstrukcja nowych aparatów. Powie mi ktoś, że są to rzeczy, dotyczące fizyka lub technika, a jednak wszystko, co dotychczas stworzono w rentgenologji, wszystko to zawdzięczamy lekarzom. Pomysły podawali lekarze i lekarze zakreślali dalsze drogi postępu.

To też rentgenelogji powinien nauczać lekarz. Nawet wiadomości podstawowe z dziedziny fizyki i techniki rentgenowskiej powinny być nauczane przez lekarza rentgenologa, gdyż łączą się one niejednokrotnie tak ściśle z przejawami życia i z medycyną, że fizyk albo technik nie wybrnąłby z trudności, o ileby chciał nauczać zrozumiale. Poza tem, jestem przekonany, że, przeszedłby granice wiadomości potrzebnych dla lekarzy, a niedostatecznie traktowałby stronę biologiczną.

Nauczanie rentgenologji w czasie studjów lekarskich na uniwersytecie jest koniecznością, jest postulatem nowoczesnej medycyny.

Niedocenianie jej doniosłości, a także błędy popełniane przez t. zw. rentgenologów, nieposiadających wiadomości specjalnych, położyć należy na karb braku nauczania rengenologji.

Bo cóż się u nas dzisiaj dzieje. Jak wspomniałem, prócz Poznania, nie posiadamy katedr rentgenologji. Więc naucza się je. dorywczo, od przypadku do przypadku w klinikach, a raczej nie można nawet powiedzieć, że jej się naucza, gdyż ta nauka polega albo na pokazach radiogramów, albo na niedostatecznych wzmiankach na tle przypadków klinicznych, dobrze, jeżeli nie fałszywych.

Student nie wynosi zatem z uniwersytetu żadnych uporządkowanych wiadomości z rentgenologji. Posiada o niej prawie takie wyobrażenie, co wykształcony laik, a to jest niedostateczne dla lekarza, który w późniejszym swoim zawodzie powinien tyle przynajmniej znać z rentgenologji, by umieć ocenić krytycznie wynik badania rentgenowskiego, albo ustalić wskazanie do rentgenolecznictwa. Przeważna ilość medyków już na wyższych kursach i przeważna ilość młodych lekarzy niema pojęcia o rentgenologji, o czem niejednokrotnie sam się przekonałem.

Cóż dopiero mamy wymagać od lekarza, który się rentgenologją zajmuje i stosuje ją dla celów rozpoznawczych albo nawet wykonuje rentgenolecznictwo? Od takiego lekarza musi się wymagać, by znał dokładnie rentgenologję. Każdy z nas wie, ile nieszczęść sprawiły promienie Röntgena w rękach niedoświadczonego lekarza. Wiemy dobrze, jak łatwo można postawić fałszywe rozpoznanie na podstawie badania rentgenologicznego, przeprowadzonego nieumiejętnie. Niechaj wspomnę o fałszywych rozpoznaniach guzów śródpiersia, albo schorzeniach woreczka żółciowego lub wyrostka robaczkowego. W ilu to przypadkach wykonano na podstawie fałszywego rozpoznania zabiegi chirurgiczne, Znanym mi jest przypadek, gdzie na podstawie nephrogramu, wykonanego nieodpowiednio, rozpoznano wielki kamień nerkowy i wykonano odpowiedni zabieg chirurgiczny. Kamienia nie było, natomiast dokładne obejrzenie radiogramu przez prawdziwego rentgenologa wykazało, że rzekomy kamień był guzikiem od spodni. (sic). Znam przypadki, gdzie rozpoznano raka żołądka w przypadku gdzie badano chorego z pełnym żołądkiem i wykonano zupełnie niepotrzebnie laparotomję. Rzekomy rak kawałkiem bułki w żołądku i t. d.

Ile ciężkich poparzeń skóry i uszkodzeń narządów wewnętrznych dokona taki niedoświadczony rentgenolog, wiemy z własnego doświadczenia. Z drugiej strony istnieje jakaś niewytłumaczona odraza do „Röntgena" u lekarzy. Ile to razy trafiło mi się, że dopiero na usilne prośby chorego poddał go ordynujący lekarz badaniu, które odrazu sprawę wyświetliło. Ile razy zdarzyło mi się badać chorych z rozpoznaniem wrzodu żołądka lub dwunastnicy, leczonych miesiącami i latami bez skutku, a badanie wykazało jasno przewłoczne zapalenie wyrostka robaczkowego. Inny chory z rozpoznaniem rwy kulszowej (przez neurologa specjalistę) zostaje poddanym leczeniu promieniami Röntgena, które jak wiadomo, daje w tych przypadkach dobre wyniki. W naszym przypadku był wynik ujemny. Pacjent leczył się przez półtora roku na najrozmaitsze sposoby, aż wreszcie jeden z ordynarjuszy wpadł na genjalny pomysł poddania go badaniu rentgenowskiemu, które wykazało zrosty kostne kręgów lędźwiowych. Po odpowiednim zabiegu chirurgicznym chory odzyskał zupełne zdrowie. Mógłbym przytoczyć jeszcze wiele przykładów. Źródło tego polega na nieznajomości rentgenologji i jej znaczenia. W społeczeństwie bardziej uświadomionem, taki lekarz odpowiadałby za zaniedbanie chorego. Jeżeli więc rentgenologja jest z jednej strony błogosławieństwem dla medycyny, jest ona i przekleństwem, jeżeli jest

nieodpowiednio stosowana. Żaden z lekarzy nie odważy się praktykować jako specjalista w jakimś dziale, o ile nie zebrał odpowiednich wiadomości i doświadczenia, gdyż jedno i drugie niepowodzenie, wywołane brakiem znajomości swej specjalności mści się natychmiast na dotyczącym lekarzu utratą praktyki, albo grozi dochodzeniem sądowem. Cóż się dzieje w rentgenologji? Lekarz, niemający żadnych podstawowych znajomości z rentgenologji, bo ich ze studjów uniwersyteckich nie wyniósł, bierze w najlepszym przypadku kilkutygodniowy kurs u jakiegoś asystenta lub w jakimś instytucie prywatnym i zaczyna praktykować w rentgenologji na swoje własne nieszczęście i na nieszczęście swoich chorych. A znam nawet podobny przypadek, gdzie lekarz, niemający wogóle pojęcia o rentgenologji, sprowadził sobie z zagranicy rentgenistkę *(Röntgenschwester)* która pod jego firmą robiła rozpoznania i przeprowadzała leczenia. Lekarz ten miał już kilka dochodzeń sądowych.

Podobne stosunki nie dadzą się nadal utrzymać. Stały wzrost zapotrzebowanie instytutów rentgenowskich w klinikach i szpitalach i kasach chorych pociąga za sobą zapotrzebowanie rentgenologów. Jest więc w interesie społeczeństwa, w interesie chorych i w interesie nauki, by wykształcić rentgenologów specjalistów, podobnie jak się kształci specjalistów innych działów. Bez nauczania rentgenologji podczas studjów lekarskich, bez stworzenia samoistnych instytutów rentgenowskich przy uniwersytetach, nie można tego uskutecznić. Rentgenologja nie jest żadnym działem pomocniczym, jest ona wielką nauką samą dla siebie i wymaga pola i warsztatu pracy, jak każdy inny dział medycyny. Rzecz zupełnie zrozumiała, że każda klinika, albo oddział szpitalny, zatrzymałyby swoje pracownie rentgenowskie, w których prace będą dostosowane do potrzeb dotyczącego fachu, podobnie jak każda klinika posiada swoje podręczne pracownie chemiczne lub bakterjologiczne, centralą jednak musi być katedra i pracownia rentgenogiczna sama dla siebie.

Jak zorganizowane jest nauczanie rentgenologji w innych państwach kulturalnych?

We wszystkich państwach zachodniej Europy, we wszystkich kulturalnych państwach na kuli ziemskiej znajdują się przy uniwersytetach samoistne katedry rentgenologji, zaopatrzone w odpowiednie pracownie.

W państwach europejskich obowiązuje słuchaczy rentgenologja przymusowo w Szwecji, Hiszpanji, Rosji, Rumunji, we Włoszech i we Węgrzech. Z pozaeuropejskich państw w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. W innych państwach europejskich słuchanie rentgenologji pozostawione jest do woli słuchaczów, tak w Austrji, Niemczech, Francji i Anglji, ale także i w tych państwach czynią się zabiegi celem przymusu słuchania rentgenologji.

W Szwecji istnieją katedry przy uniwersytetach w Stockholmie, Upsali i Lund. Rentgenologja jest samoistnym przedmiotem egzaminacyjnym.

W Hiszpanji istnieje katedra rentgenologji przy uniwersytecie w Madrycie. Rentgenologja jest obowiązkowa, jednak nie stanowi przedmiotu specjalnego egzaminu.

W Rosji są katedry rentgenologji w Leningradzie i w Baku. W Leningradzie wykłada ją dwóch profesorów. Katedra leningradzka jest jedną z najlepiej wyposażonych na świecie. Wystarczy powiedzieć, że zatrudnia kilkudziesięciu asystentów i posiada liczne pomocnicze pracownie do badań biologicznych, fizykalnych etc.

Na Ukrainie katedra w Kijowie. Rentgenologja jest przedmiotem obowiązkowym.

W Rumunji katedra w Cluj, — obowiązkowa.

Węgry posiadają katedry rentgenologji w Budapeszcie, Debreesenie i w Pecs. Jest ona obowiązkowa.

Włochy mają katedry w Rzymie, Neapolu, Medjolanie, Genui i w Padwie. Rentgenologja jest przedmiotem obowiązkowym i egzaminacyjnym.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej istnieje 16 katedr rentgenologji. Przedmiot jest obowiązujący i egzaminacyjny.

Austrja posiada katedry we Wiedniu i w Innsbrucku. Studjum jest dowolne.

W Niemczech istnieje 5 katedr. Studjum dowolne.

We Francji katedry w Paryżu, Bordeaux, i w Lyonie. Studjum pozostawione do woli słuchaczów.

Anglja posiada katedry w Londynie, Cambridge, Liverpoolu, New-Castle, Birmingham, Glasgow i w Melbourne w Australji.

W tych krajach jednak, w których nie obowiązuje słuchanie rentgenologji, obowiązują specjalne egzaminy z tego przedmiotu, składane przed specjalną komisją, o ile petent chce występować jako rentgenolog specjalista. I tak w Austrji wymagony jest do specjalizacji rok pobytu w klinice wewnętrznej i cztery lata wykształcenia bez przerwy w jednym z zakładów rentgenologicznych państwowych, uniwersyteckich lub szpitalnych. Na podstawie świadectwa przełożonego instytutu, potwierdzonego przez dziekanat albo dyrekcję szpitala, uzyskuje się tytuł specjalisty. Na rentgenologów Kas chorych przyjmowani są jedynie specjaliści. Podobnie w Niemczech.

We Francji wymagane jest do zyskania dyplomu radjologa *(Diplome universitaire de Radiologie médical)*, dwuletnie studjum w zakresie rentgenologji i egzamin. Obecnie został przedłożony parlamentowi projekt, na mocy którego wykonywanie praktyki radjologicznej ma być dozwolone jedynie specjalistom.

W Anglji istnieją od r. 1920 egzaminy dla specjalistów radjologów po dwuletniej nauce. Odbywają się one przed specjalną komisją w uniwersytecie w Cambridge. (The Cambridge Diploma in medical Radiology and Electrology).

W Ameryce nie może nikt praktykować, jako radjolog specjalista, kto nie odbył t. z. Postgraduate course.

Jeżeli przypatrzymy się temu obrazowi, uderzy nas, że w najkulturalniejszych państwach, w Anglji, Francji, Niemczech i Austrji, nauka rentgenologji nie jest przymusową. Wydaje się to paradoksalnem, jednak, gdy zważymy, że w tych właśnie krajach uświadomienie społeczeństwa stoi bardzo wysoko, zrozumiemy, że tam nikt nie odważy się wykonywać rentgenologji, kto nie posiadał odpowiedniego wykształcenia, słuchacze wydziału lekarskiego zaś zapisują się we własnym interesie bardzo licznie na wykłady rentgenologji. Zresztą także w tych państwach istnieją, jak już wspomniałem, normy do tytułu specjalisty, ograniczające wykonywanie zabiegów rentgenologicznych tylko do odpowiednio wykształconych lekarzy.

Program nauczania rentgenologji rozpada się na wykłady, pokazy, ćwiczenia i seminarja.

Naukę rentgenologji należałoby w Polsce przeprowadzić w sposób następujący:

1) Rentgenologja ogólna. Obejmuje ona wiadomości, potrzebne z zakresu fizyki i elektrotechniki, które można wyczerpać w 6 wykładach, dalej anatomję rentgenologiczną, fizjologię, biologię i patologię w około 24 godzinach.

2) Rentgenologja szczegółowa. Obejmuje patologię szczegółową poszczególnych narządów i rozpada się na część rozpoznawczą i leczniczą, traktowane w wykładach systematycznych w połączeniu z ćwiczeniami praktycznemi w rozpoznawaniu, (prześwietlenia i radjografja) i w leczeniu (technika radjoterapeutyczna), oraz seminarjum radjologiczne. Czas potrzebny na to wynosi 80 godzin.

Razem potrzeba zatem 110 godzin, i to w I trimestrze po 3 godziny tygodniowo, w II i III po 4 godziny na tydzień. Najodpowiedniejszym czasem do słuchania rentgenologji byłby 4 rok studjów.

Zbierając wszystko dojść musimy do wniosków następujących:

1) Rentgenologja lekarska jest dla nowoczesnej medycyny niezbędną.

2) Rentgenologja lekarska jest nauką samą dla siebie, a nie działem pomocniczym i należy jej się równorzędne stanowisko z innemi dyscyplinami nauk lekarskich.

3) Ze względu na jej doniosłość powinna być obowiązkowa dla słuchaczy medycyny i stanowić przedmiot osobnego egzaminu.

4) W tym celu powinny być stworzone przy wydziałach lekarskich samoistne katedry rentgenologji, z odpowiedniem wyposażeniem, obsadzone przez lekarzy rentgenologów.

5) Tytuł specjalisty rentgenologa mógłby otrzymać tylko ten lekarz, któryby zyskał odpowiedni zapas wiadomości i doświadczenia po kilkuletniej (3 lata) pracy w rentgenologji, stwierdzonych albo przez odnośnego profesora katedry, albo na podstawie wyniku egzaminu złożonego przed specjalną fachową komisją.

6) Wykonywanie praktyki rentgenologicznej winno być dozwolone jedynie specjalistom, ze względu na dobro chorych.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Od Prof. Dr. T. Browicza otrzymujemy następującą notatkę językową:

Vas sanguinicum, Vase sanguin, Blutgefäss — krwionośnik, naczynie krwionośne.

Vas lymphaticum, Vase lymphatique, Lymphgefäss — limfonośnik, naczynie limfonośne.

Vas chylosum, Vase chylifère, Chylusgefäss — mleczonośnik, naczynie mleczowe, mleczonośne.

Vas lactiferum, Vase lactifère, Milchgang — mlekonośnik, przewód mleczny, mlekonośny.

Tubulus renalis, Tube urinipare, Nieren, Harnkanälchen — moczonośniki, kanalik moczonośny, nerkowy.

Vas biliosum, Vas biliaire, bilifère, Gallengefäss — żółcionośnik, naczynie, przewód żółciowy.

W ogłoszonej w numerze 47-mym Polskiej Gazety Lek. za rok 1927 na stronicy 963 notatce słownikowej Prof. T. Browicza w wierszu 8-mym od dołu wydrukowano mylnie słowo „tworzyna" zamiast „trorzywo", (nazwa dawna lepsza aniżeli zaródź lub pierwszcz).

OCENY.

Felix Ramond: *Les maladies de l'Estomac et du Duodenum.* Masson et Cie. Paris 1927, 414 str. 17 rysunków, 40 fr.

Znany autor i klinicysta Ramond, którego monografje z zakresu chorób żołądka, cieszą się zasłużoną sławą: Les dyspepsies 2-gie wydanie (Cussac éditeur) i Manuel de radioscopie gastroduodenale (Cussac éditeur) (wyczerpane w handlu), — przedkłada dzieło obejmując całokształt schorzeń żołądka i dwunastnicy. Nie jest to podręcznik wyczerpujący, systematyczny, a jednak lekarz praktyk znajdzie na tych 409 stronicach wszystko — o czem w zakresie schorzeń tych wiedzieć powinien. — W rozdziale I. zawierającym szczegóły anatomiczne, histologiczne i fizjologiczne, zwraca autor trafnie uwagę na różnicę obrazu anatomicznego, a radjologicznego żołądka, żołądka na zwłokach, a żołądka czynnego (żyjącego; Kąt Charpyego) pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a łukiem żebrowym rozwarty u jednej grupy, u drugiej zaś ostry (mniejszy niżej 45° C) usposabia do pewnych schorzeń żołądka — zwłaszcza drugi typ. Po drobiazgowej topografji — uwzględniwszy różnych autorów w sprawie umiejscowienia odźwiernika, podaje jego położenie (podług Jonnesca i Suligoux) na 7 cm powyżej pępka, w punkcie przecięcia pionowej przedłużonej linji prawego brzegu mostka z poziomą łączącą wewnętrzne końce chrząstkowe dziewiątych żeber. Dalej zaznacza, że więzadła żołądkowe nie ustalają dostatecznie położenia żołądka: wielkim regulatorem w tym względzie są jelita, grube w szczególności. — Wyczerpująco przedstawione są szczegóły radjologiczne, przyczem podaje, że czasem u zupełnie zdrowych stwierdzamy dolną granicę żołądka — nad spojeniem łonowem. — W rozdziale zawierającym szczegóły histologicznej budowy żołądka, autor wyjaśnia na podstawie bardzo prostego doświadczenia w 3 probówkach — że jedynie na powierzchni śluzówki znachodzi się HCl; ta okoliczność stanowi przeszkodę samostrawieniu się ściany.

Budowie i rozmieszczeniu gruczołów peptycznych, i odźwiernikowych, poświęca autor szczegółowe opisy i powiada wreszcie, że „jest też całkiem naturalną rzeczą, że okolica odźwiernikowa i dolna (niższa) połowa małej krzywizny a dalej i górna połowa oraz „pas wpustowy" bywają siedzibą najczęstszą owrzodzeń żołądkowych. Bardzo zajmująco zebrane są szczegóły fizjologiczne; słusznie autor zarzuca doświadczeniom na zwierzętach — że nie uwzględniają pierwiastka psychicznego, tak bardzo ważnego w ludzkiej fizjologji. W rozdziale II. znajdujemy ogólną etjologję schorzeń żołądka i rzecz o badaniu chorych żołądkowych. Przedstawiwszy okoliczności usposabiające i przyczyny „działające" (mechaniczne, higjeniczne, zakaźne i toksyczne) zauważa autor, że wymioty pooperacyjne w przeważnej części są następstwem ostrej *gastritis* chloroformowej czy eterowej — a mniej pochodzenia opuszkowego, gdyż ślina obficie wchłania podczas znieczulania chloroform i eter. Ponadto pierwotnie toksyczna *gastritis* — zakaża się, i wikła rokowanie ran operacyjnych żołądka. — Autor zaleca też w przypadkach w których niestosuje się miejscowego znieczulenia, podawać, przed każdem znieczuleniem ogólnem, z mieszanki: *Bismuth. carbon.* 40, *Carbon. anim. purif.* 60. Ciekawe są szczegóły o „lizynach żołądkowych", które autor stwierdził we krwi chorych dotkniętych rakiem żołądka. Badanie kliniczne obejmujące wywiady i badanie fizyczne (przedmiotowe) zawierają wprost skarbnicę wskazówek i szczegółów znamionujących bardzo doświadczonego lekarza i psychologa. Zdaniem autora, z pomiędzy czterech znanych typów ludzkich, pod względem budowy: typu mięśniowego, oddechowego, żołądkowego, (trawieńcowego) i mózgowego — tylko typy mózgowe i oddechowe dają największy kontyngent chorych żołądkowych. Przy badaniu chorych w pozycji stojącej zaleca autor sposób Glénarda i Leven'a. Badający staje poza chorym i obiema dłoniami objąwszy brzuch unosi go w górę, przyczem dyspeptyczny zazwyczaj wyraźną uczuwa ulgę. Gdy zaś dłonie tworzące niejako pas na brzuchu, szybko zostają odsunięte doznaje chory silnego bólu, lub szarpania przykrego. „Epreuve de la sangle" dowodzi opadnięcia trzew i konieczności opaski. Próba Leven'a polega na systematycznym ucisku w linji środkowej; badając bolesność oznacza się dolną granicę żołądka. („La douleur signal"). Zastanowić musi okoliczność, że autor przypisuje znaczenie rozpoznawcze „pluskania" w żołądku, chociaż wiemy, że pochodzi ono zazwyczaj od treści płynnej w jelicie. Bardzo wszakże zaleca badanie punktów bolesnych (okolicy jelita ślepego, pęcherzyka żółciowego, punkty żołądkowe, nadżołądkowe *(epigastrique)*, mieczykowaty, podżebrowy lewy, podżebrza lewego i prawego). W rozdziale III. omawiając badanie radjologiczne żołądka (naczczo, po spożyciu „potrawki" wreszcie w parę godzin później) powinno być zawsze powtórzone po upływie kilku dni — zwłaszcza przed rozstrzygnięciem co do zabiegu chirurgicznego. Badaniu krwi utajonej poświęca autor stosunkowo nie wiele miejsca; obszerniej nieco omawia śniadania próbne — przy badaniu wydobytej treści żołądkowej. Badanie frakcjonowane, które wydaje mi się być najlepszem i kto wie, czy nie jedynie stosowanem w przyszłości — zajmuje zaledwie kilka wierszy. Obszerniej za to przedstawił autor obliczenia kwasoty i pepsyny, podług najnowszych poglądów (Mathieu et Rémond. Laboulais et Goiffon i i.). — Treść rozdziału IV. stanowią główne objawy i główne zespoły żołądkowe. Łaknienie[1]) — zdaniem autora zależy od trzech warunków: miejscowych, humoralnych i opuszkowych. Przedstawiwszy głód bolesny, głód (niezaspokojony natychmiast) z nudnościami, łaknienie wybiórcze, łaknienie upośledzone, uczucie pełności, ziewanie pochodzenia trawiennego, czkawkę i zawroty pochodzenia żołądkowego — omawia autor szczegółowo sprawę zwrotów, odbijania, zgagę, przeżuwanie, wymioty i bóle. — Bolesne punkty Cruveilhier'a, Boasa, Herbsta, z Leningradu, mają małą wartość rozpoznawczą. W części omawiającej zespoły znajdujemy cenne szczegóły o zespole bólów wczesnych w okolicy dołka podsercowego w czasie tuż po spożyciu pokarmów *(„gastritis superior"* autora) w przypadkach zajęcia okolicy odźwiernika *(Gastritis pylorica et praepylorica)*. Zajmująco przedstawia autor trzeci zespół odźwiernikowy, wymioty wodniste, wymioty treści pokarmowej; zespół czwarty pośredni pomiędzy zespołem bolesnym wczesnym, a późnym, wreszcie ostatni piąty: zespół naczynio-ruchowy współczulny spotykany przy *„gastritis superior"*, wrzodzie wysoko usadowionym w „Hepatisme" Glénarda w Climax.

Zapalenia śluzówki żołądka *(Les gastrites)* zawarte są w rozdziale piątym. Sprawa *Gastritis* coraz częściej staje na porządku dziennym rozpraw klinicystów. Na uwagę zasługuje zdanie autora: Nerwice żołądka *(gastro-nevroses)* bez zmiany pierwotnej żołądka, wytwarzają wskutek zaburzeń nerwowych, następowe odczyny mięśniowe, odczyny zwieraczy, a te znów prowadzą do zastoju pokarmów, które wytwarzają hipersekrecję, oto dwa główne czynniki w *Gastritis*. — „Gastro-newroza pierwotnie wyłącznie przyrody czynnościowej staje się z czasem chorobą żołądka istotną *(gastropathie réelle)* z zmianami śluzówki str. 128)". W dalszym ciagu znajdujemy wprost klasyczne opisy zmian anatomicznych i drobnowidowych z uwzględnieniem szczegółowem spraw metaplazji i spraw zwyrodnienia przybłonka, a w związku z tem rzecz o nad — i bezkwasocie. Na zakończenie tego rozdziału: treściwy pogląd na przewlekłą *gastritis alcoholica, gastritis tuberculosa*, wrzód gruźliczy[2]), gruźlicze zwężenie odźwiernika, wreszcie *gastritis syphilitica*.

Rozdział VI. obejmuje owrzodzenia żołądka ostre i przewlekłe. Sprawę powstawania wrzodu okrągłego, przedstawia autor może nieco zbyt krótko, a w szczególności teorję nerwopochodną wrzodu — która wszakże olbrzymią ma dziś literaturę, wymagałoby obszerniejszego omówienia. Nie spotykamy się również z pojęciem — jakkolwiek przez niektórych autorów uznawanem — „choroby wrzodowej", ani z nazwiskiem twórcy teorji nerwopochodnej wzgl. nerwomięśniopochodnej Bergmana[3]) oprócz ogólnikowych wzmianek. Za to dowiadujemy się tu rzeczy mało znanych, o wrzodzie żołądka u starców świeżo powstającym — w przeciwstawieniu do wrzodu trwającego dziesiątki lat, do późnego wieku. Wrzody takie starców stają się szybko modzelowate bez skłonności do gojenia się; autor przytacza 2 przypadki przez kilka lat bez przemiany w nowotwór. O zespole opisanym przed laty przez rodaka naszego Mikołaja Reichmana *(Gastrosuceorhoe)* znajdujemy obszerną wzmiankę. Oprócz postać wrzodu utajonej, rozróżnia autor jeszcze postać dyspeptyczną, postać bolesną, *(gastralgique)*, w rozwiniętej formie jako

---

[1]) Obszernie przedstawiłem cały ten przedmiot w referacie z pracy Duriga w P. G. L.

[2]) Przypadek wrzodu gruźliczego przedstawiłem w r. 1883 w lwowsk. tow. lek.; opis podany w Przeglądzie lek.

[3]) W znanem dziele zbiorowem, wydanie drugie, Bergmann-Stahelin, w t. III. Cz. 1. obejmuje sam rozdział o powstawaniu wrzodów trawieńcowych 34 stronic bitego druku!

postać w wiądzie rdzeniowym *(tabetique)* zależną prawdopodobnie od wtórorzędnego zapalenia nerwu błędnego — różnem od zmian wielonerwowych *(polyneurit. generalis.)* znanych jako pseudo — tabes, dalej postać wrzodu gorączkową (wskutek krwotoków, zapaleń chłonic kołowrzodowych, zapaleń kołożołądkowych). Objawom, powikłaniu, leczeniu, diecie, poświęca autor obszerny dział, wspominając dobre wyniki innych. Sam stosował propidon Delbeta w zawiesinie oliwy — domięśniowo — z dobrym skutkiem. Omawiając leczenie chirurgiczne, stawia autor 2 wskazania:

1) niemożność uzyskania wyleczenia leczeniem medycznem,

2) społeczne stanowisko chorego niemogącego się poddać długotrwałemu leczeniu. — Jako zabieg idealny uważa autor resekcję znacznej części żołądka; trafne są uwagi w sprawie chirurgicznego zabiegu w przypadku krwotoku z wrzodu i leczenia nieoperacyjnego, leczenia przebicia wrzodu.

Treścią rozdziału VII. są schorzenia dwunastnicy, kołodwunastnicze i wrzód dwunastnicy; wszystkie szczegóły anatomiczne, radjologiczne, kliniczne, drobiazgowo przedstawione; omawiając znaczenie bolesności w okolicy dolnego brzegu wątroby, zaznacza autor możliwości stwierdzenia tamże bólu *„sine materia"* jedynie jak ból odruchowy od żołądka, jelita grubego, od nerek, wyrostka robaczkowego, wreszcie ból u neurasteników. Cenne są uwagi różniczkowo rozpoznawcze. W rozdziale VIII obejmującym nowotwory żołądka, — rzecz o raku żołądka jest doskonałą. — Na uwagę zasługuje wynik badań krwi i moczu, które autor przeprowadzał z swymi współpracownikami w przypadkach raka żołądka. Dość szczegółowo zajmuje się ten rozdział okresem przed wymacalnym guzem; słuszną jest zasada Bouvereta: człowiek około pięćdziesiątki, który po raz pierwszy ma dolegliwości żołądkowe, traci apetyt i chudnie — dotknięty jest prawie napewno rakiem. Wzorowo opracowaną jest diagnostyka; autor radzi pamiętać też i o kile. W przypadkach, w których i kiłę wykluczamy, a wątpliwych „wezwać chirurga, by przeciął trudności". Leczenia apteczne przedstawia autor obszernie. Intoksykację autolityczną zwalcza zastrzykami chininy i arszeniku, które zwalniają rozpad komórek; kwasy aminowe należy zobojętniać pankreatyną i magnezją (2 r. dz. aa 0'50). Osobny ustęp poświęca autor doniosłej sprawie — obecnie ciągle przez patologów omawianej: *Ulcero-cancer* („wrzodorakowi", Ulkus-Karzinom) tj. „rakowi, który lata istniał, jako typowy „okrągły" wrzód żołądka" i zwolna wyradza się w nowotwór z następową cherą rakową, jeżeli nie był w czas operowany". Sprawa zasadniczo różną jest od raka wrzodziejącego, w centrum; zdaniem autora[4]) nigdy nie zdarza się to w dwunastnicy. Kończy ten rozdział: choroba Brintona czyli *Linitis plastica* (zgrubienie do 3 cm i stwardnienie) ścian żołądka, skurczonego, małego, sztywnego; niektóre przypadki przypominają zmiany kiłowe lub nawet rakowate.

Sprawę połykania powietrza (Aerophagia, Aerogastritis) i przepuklinie przeponowej, poświęca autor rozdział IX. W tym dziale główna zasługa przypada francuskim autorom — którzy też rozróżniają postać aerofagji wolnej i zblokowanej. Szczegóły tu podane zasługują na baczną uwagę lekarzy; w przypadkach aerofagji zblokowanej nie należy stosować leków odkażających i drażniących śluzówkę, jak salicylanów, magnezji, salolu, kw. bedźwinowego, fluorków; węglan bizmutu najmniej drażni; autor zaleca przepis Robina: Erythrol 0'05 i laktozy 0'50 na jeden proszek tuż po posiłku, lub przepis Prona: takiż sam z dodatkiem magnezji (peroxydat. 0'20); węgiel uważa za bardzo mało działający. Zwężenia odźwiernika, rozstrzeń i opadnięcie żołądka (rozdział X.) jak niemniej stany spastyczne, atonja żołądka i *incontinentia pylori* — przedstawione są drobiazgowo pod względem etjologicznym, rozpoznawczym i leczniczym (w rozdziale XI.); każdy ustęp dowodzi bystrej obserwacji i doświadczonego lekarza. Niezmiernie ciekawy jest rozdział XII. omawiający niestrawności wtórorzędne i odruchowe, klasyczne wprost są n. p. obrazy niestrawności z powodu przewlocznego zapalenia wyrostka robaczkowego *„Dyspepsie appendiculaire"*, niestrawności u chorych z chorobami serca, w przebiegu chorób zakaźnych i t d. Niestrawnościom u chorych „nerwowych" poświęca autor rozdział XIII. nie pomijając i umysłowo chorych. Końcowy rozdział XIV. obejmuje dietetykę i leczenie apteczne, stosowanie elektryczności i t. p. o ile nie zostały uwzględnione w rozdziałach poprzednich. Pomiędzy innemi zaleca *„Genéserine"* (Polonowski et Surmont) w dawkach $^1/_2$—3 mg na dobę — celem zwolnienia wzmożonej *motilitas;* bedźwinian benzylu w 20% roztworze alkoholowym po 5—15 kropel 3 razy dziennie — jako leki kojące; również godzi się, pomimo sprzeciwu fizjologów — na stosowanie makowca względnie morfiny w dawkach małych w myśl dawnych zleceń Trousseau'a.

W całości praca Ramonda, mniej nadająca się do użytku podręcznego, swoim niezwykłym układem, trafnem ujęciem przedziwnych, a tak licznych zwiazków schorzeń żołądka i dwunastnicy z innemi chorobami, wielkie odda usługi lekarzowi szukającemu pogłębienia swych wiadomości na podstawie najnowszych badań.

Pisek (Lwów).

4) I szeregu innych badaczy. Sprawozd.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski przegląd chirurgiczny, tom VI, zeszyt 3, z r. 1927: L. Dengel: Przyczynek do leczenia chirurgicznego cukrzycy na podstawie badań doświadczalnych. — S. Radwan: Schorzenia kiłowe stawów. — W. Durante: Usuwanie istoty gąbczastej główki pierwszej kości śródstopia jako sposób leczenia operacyjnego palucha koślawego. — W. Dobrzaniecki: Rzadsze schorzenia chirurgiczne nosowej części gardła jako też sposoby leczenia tychże. — M. Jurim: O ropniach wątroby. — S. Wilk: O kwasicy przed- i pooperacyjnej i jej zwalczaniu. — I. Zaorski: Przypadek I-ej choroby Köhlera. — B. Szerzyński: Przypadek t. zw. II-giej choroby Köhlera (Epiphysitis metatarsi). — A. Janik: Złamanie kości skokowej. — I. M. Biské: Schorzenia rzeżączkowe stawów. — B. Szerszyński: Józef Lister. — A. Ciechomski: Kartka z dziejów antyseptyki u nas. — H. Schramm Początki antyseptyki na terenie Małopolski.

Polski przegląd radjologiczny, tom II, zeszyt III z r. 1927: Z. Grudziński: O zmianach chorobowych w kośćcu w przebiegu chorób układu siateczkowo-śródbłonkowego. — K. Winnicka: Arthropathia psoriatica. — T. Stefanowski: W sprawie objawu „bec de perroquet". — E. Głowacki: Przypadek przerzutu mięsaka w płucach u chłopca 10-letniego. — I. Kukliński i L. Kalina: Przypadek wrodzonego braku główek obu kości ramieniowych. — E. Bruner: Rozwój finsenoterapji.

Polski przegląd oto-laryngologiczny, tom IV, zeszyt 3, z r. 1927: A. Laskiewicz: Z dziejów rozwoju i organizacji kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. — I. Szmurło: Znieczulenie rektalne w otoryngologii. — A. Laskiewicz: W sprawie odczynów biologicznych w twardzieli. — I. Pieńkowski: Wielkość i postać małżowiny usznej u ludności polskiej na Wileńszczyźnie. — A. Laskiewicz: Kamienie ślinianek i ich przewodów. — B. Dylewski: Przyrząd do ustalania i unieruchomiania głowy chorego podczas operacji na głowie. — K. Gałdyński: Kilka uwag o patogenezie oraz obrazie klinicznym torbieli zębowych szczęki górnej. — B. Dylewski: Dłótko ulepszone do operacji w głębi wyrostka sutkowego. — A. Schwarzbart: Nowy wykres mechanizmu mowy i pisania.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, nr. 50, z 11 grudnia 1927: M. Spiss: Najważniejsze gazy przemysłowe, ich znaczenie higjeniczne i najprostsze metody badania. — L. Kostrzeński: Zarys historyczny rozwoju aptekarstwa. — Nowa ustawa aptekarska w Finlandji. — Przegląd prawno-gospodarczy. — Apteki a rejestr handlowy. — Sprawy zawodowe.

Klinika oczna, zeszyt I z r. 1927: H. Stransky: Uwagi co do referatu Majewskiego: „Leczenie jaskry prostej". — K. Majewski: Odpowiedź na uwagi polemiczne w kwestji patogenezy jaskry prostej. — K. Noiszewski: Jaglica jednego tylko oka. — I. Neuman: Leczenie jaglicy jodyną. — A. Wieczorek: Przyczynek do nauki o angiomatosis retinae. — W. H.: Melanowski: Gradówka, jej leczenie i własna odmiana zabiegu wyłuszczenia gradówki. — I. Żurkowski: Punkty kardynalne soczewki okularowej.

Dziecko i matka, rok II, nr. 23 z r. 1927: M. Czeska-Mączyńska: Od baśni do prawdy. — G. Kozakowska: Dom rodzinny, a mowa ojczysta. — K. Kozłowska: Nie kupujcie dzieciom zabawek. — M. Grzywo-Dąbrowska: O szkrofułach czyli zołzach. — I. Truszkowski: Zaziębienie.

Polska dentystyka, rok V, nr. 6 za listopad i grudzień 1927: A. Cieszyński: Leczenie promieniami Roentgena w stomatologji (dok.). — H. Allerhand: Sprawozdanie z drugiego Zjazdu lekarzy-dentystów niemieckich, odbytego w Norymberdze w dniach od 3 do 7 września 1927. — A. Cieszyński: Sprawozdanie z działalności Inst. dent. Uniw. J. K. we Lwowie za r. 1926/27.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok I, zeszyt 16 za r. 1927: B. Nowakowski: Lecznictwo a higjena. — A. Kuhn: Walka z jaglicą. — M. Zwejgbaum: Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok I, zeszyt 18 z r. 1927: R. Konkiewicz: Projekt nowej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — A. Karwowski: Cele i zadania Związku lekarzy P. P. — A. Cieszyński: Przyszłość stanu lekarskiego. — B. Bartkiewicz: Przyszłość stanu lekarskiego w Polsce. — W. Machowski: Organizacja lecznictwa na polskich kolejach państwowych. — I. Załuska: Instytucja samopomocy Związku lekarzy P. P.

Nowiny lekarskie, rok XXXIX, zeszyt 23, z 1 grudnia 1927: F. Łabendziński i R. Płotkowiakówna: Spostrzeżenia nad okresem pogłodowym. — S. Radwan: Talalgia (Exostosis subcalcanea dolorosa). — Z. Dziembowski: Chirurgja śledziony w świetle nowszych badań (dok.). — A. Karwowski: Erythrocyanosis crurum frigida feminarum. — T. Browicz: Dalsze uwagi o znaczeniu biologicznem wyrostka robakowatego. — M. Lesiński: Przypadek ostrej białaczki limfatycznej u pięcioletniej dziewczynki. — E. Piasecka-Zeylandowa: Szczepienia przeciwgruźlicze sposobem Calmette'a.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, nr. 51 z 18 grudnia 1927: M. Spiss: Najważniejsze gazy przemysłowe, ich znaczenie higjeniczne i najprostsze metody badania (dok.). — Nowa metoda oznaczania soli antymonu. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Nowiny psychjatryczne, rok IV, kwart. IV z r. 1927: Śp. Wincenty Skoczyński (nekrolog). — Al. Piotrowski: Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie Dr. I. Bednarza. W. Januszewski: Wzrost ilości przyjęć alkoholików. — Al. Piotrowski: Spostrzeżenia psychjatryczne w Czechosłowacji. O. Bielawski: O zbrodni i zbrodniarzu.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo włoskie.

Il Policlinico.

Październik 1927.

Pietro Albertini i Pietro Tullio: *Odżywianie a rumień lombardzki (pellagra).* Po znakomitych badaniach Gaetana Strambia Starszego, pierwszego dyrektora instytutu dla badania rumienia lombardzkiego w Legnano, inni lekarze jak Marzari, Lussana, Lombroso i t. d. stwierdzili wiele ważnych faktów, tyczących się tej choroby i dowiedli, że między występowaniem rumienia lombardzkiego a używaniem kukurudzy jako wyłącznego lub prawie wyłącznego pożywienia istnieje ścisły związek. Ponieważ więc rumień lombardzki jest chorobą spowodowaną przez niedobór pokarmowy i rozpowszechnia się równolegle z wzrostem cen artykułów żywności pochodzenia zwierzęcego, sprawę tę postawiono na terenie higjeny społecznej. (Albertoni).

Na podstawie szeregu badań nad równowagą azotową i asymilacją fosforu, wykonanych zarówno na ludziach zdrowych żyjących w warunkach, w których rumień lombardzki zwykle się rozwija, jak również na ludziach dotkniętych tem cierpieniem, autorzy stwierdzają, że dodatek 100—200 g mięsa dziennie do zwykłego pokarmu wpływa niezmiernie dodatnio na przemianę materji; poprawa ta wyraża się znacznym przyrostem azotu i fosforu przyswojonego, obniżeniem się ilości azotu wydzielonego z kałem, przyrostem wagi ciała i ilości czerwonych ciałek krwi. (Ilość wydzielonego azotu przy djecie bezmięsnej wynosiła 3,2 g dziennie, przy dodaniu 200 g mięsa 2,16 g. U chorych na rumień lombardzki różnica ta była jeszcze wybitniejszą (3,30 i 1,97 g). Autorzy dochodzą do wniosku, że dla prawidłowego funkcjonowania ustroju konieczne jest wprowadzenie białka zwierzęcego, które stojąc gatunkowo bliżej ludzkiego łatwiej jest zużyte do syntezy białka własnego. Białko podane w pokarmie czysto jarskim nie jest należycie wyzyskane, (zbyt częste wypróżnienia, gnicie). Nie wszystkie osobniki są na rumień lombardzki jednakowo wrażliwe; na powstawanie tej choroby wpływa zarówno niedobór pokarmowy ilościowy i jakościowy (brak lizyny i tryptofanu), jak konstytucja.

Guido Melli: *Oznaczanie wapnia we krwi.* Badania Ca we krwi zarówno z powodu niejednakowego przygotowywania materjału (branie krwi o różnych porach dnia, oznaczanie wapnia w osoczu, samej surowicy lub krwi jako całości) i z powodu niedokładności używanych metod, dawały wyniki bardzo niepewne. Autor sądzi, że należy oznaczać Ca we krwi jako całości, krew do badania brać zawsze naczczo, wykonywać kilka badań, przyjmując ich średnią. Opisuje wszystkie do tej pory używane metody zarówno starsze jak nowsze, a dochodząc do wniosku, że żadna z nich nie jest wystarczającą, podaje swoją, która polega na tem, że w odbiałczonej octanem uranylowym krwi strąca wapń jako szczawian wapnia. Następnie po odwirowaniu i przemyciu zadaje H_2SO_4 i nadmiarem 1/200 n. jodanu potasowego. Jodan potasowy wchodzi w podwyższonej ciepłocie ilościwo w reakcję z kwasem szczawiowym $(5)(COOH)_2 + HJO_3 = 6H_2O + 10CO_2 + 2J$). Nadmiar jodanu odmiareczkowuje 1/200 n kwasem arsenawym lub tiosiarczanem. Różnica między jodanem dodanym a kwasem arsenawym zużytym pomnożona przez 1,2 wskazuje w dziesiątych miligrama ilość Ca we wziętej do badania ilości krwi.

Metodą tą otrzymywał autor wyniki bardzo dokładne w przeciwieństwie do metod, któremi posługują się przy miareczkowaniu nadmanganianem potasu.

Listopad 1927.

Salvatore Pastore: *Modyfikacje morfologiczne ciałek czerwonych krwi w różnych rodzajach zimnicy.* Autor stwierdza ogromną różnorodność zdań rozmaitych autorów odnośnie do istoty i genezy a) ziarenek spostrzeżonych w roku 1899 przez Schüffnera i b) plamek opisanych w roku 1902 przez Maurera. Liczne własne badania autora sprawę tylko w części wyjaśniły. Dochodzi on do wniosku, że pochodzenie tych tworów wobec niezupełnie jeszcze znanej budowy ciałka czerwonego, oraz biologji pasorzytów zimnicy nie może być wyjaśnione, praktycznej zaś wartości dla rozpoznania różniczkowego twory te nie mają, ponieważ występują bez względu na rodzaj pasorzyta i w różnych okresach choroby.

Reno Monteleone: *Niedomoga oddechowa w zimnicy ostrej i przewlekłej.* Na podstawie licznych badań (spirometrem, wskaźnik Hirtza, czas trwania dobrowolnego bezdechu) na chorych zimniczych, u których samoistnych zmian w narządzie oddechowym nie stwierdzono, dochodzi autor do wniosku, że zakażenie zimnicą wpływa bardzo ujemnie na sprawność oddechową; zwłaszcza zaznacza się to w okresie dreszczu. W zimnicy przewlekłej przy niejednokrotnie ogromnem nawet powiększeniu śledziony, czynność oddychania odbywać się może prawidłowo.

Gino Pelli: *O odczynie Vernes'a.* Przy pomocy swego odczynu nie różniącego się zresztą zasadniczo od innych odczynów serologicznych kiły, usiłował Vernes podać sposób, którym możnaby niejako mierzyć natężenie zakażenia, przebieg choroby i skuteczność podawanych leków (syfilometrja). Początkowo posługiwał się metodą kolorymetryczną (intensywność hemolizy), następnie wprowadził metodę optyczną (specjalnie zbudowany fotometr). Pelli zbadał 2056 surowic różnego pochodzenia równocześnie metodą Vernesa, Meinickego i Wassermanna i stwierdził, że metoda V., będąc zupełnie swoistą jest czulsza na zmiany w surowicy, niż metody M. i W. Kontrolować więc nią można dokładnie przebieg choroby i wynik leczenia. W kile pierwotnej występuje odczyn wcześniej niż metodą W. potem cokolwiek później niż metodą M. Dzięki użyciu przyrządów błędy techniczne są zredukowane do minimum.

Dr. M. Spissowa (Kraków).

Piśmiennictwo angielskie.

Sergery, Gynecology and Obstetrics.

1927, XLIV, 4.

W. Braesch a. B. Hager: *Ureteropyelographia.* Praca kliniczna z uwzględnieniem ciekawych i rzadszych schorzeń nerek i moczowodów. Liczne rentgenogramy.

F. Lange: *Przeszczepianie ścięgien.*

R. Spurling a. L. Whitaker: *Wyniki końcowe po przetoce woreczka żółc.* Na podstawie wykonanych cholecystografji przy pomocy tetrajodfenolftaleiny w dwunastu przypadkach po przetoce woreczka żółciowego, twierdzą autorowie, że w żadnym przypadku nie znaleźli prawidłowej czynności woreczka żółciowego. Przytem w sześciu powróciły objawy, tak, że okazała się konieczność zabiegu operacyjnego, podczas którego znaleziono w czterech kamienie a w dwóch znaczne zgrubienie ściany woreczka.

Doświadczalnie zaś wykazali, że uszkodzenie błony śluzowej woreczka przeszkadza tworzeniu się cienia po podaniu substancji kontrastowej, a mięśniówki — utrudnia opróżnienia się jego zawartości.

Takie doświadczalne uszkodzenie jest podobne do operacyjnego, zwłaszcza przy stosowaniu rurki gumowej. Z tego wynika, że sączkowanie woreczka żółciowego nie tylko że nie przyczynia się do powrotu prawidłowej czynności woreczka, ale ułatwia na przyszłość rozwinięcie się nowego schorzenia.

K. Speed: *Nawykowe przednie zwichnięcie ramienia.* Autor proponuje przy nawykowem przedniem zwichnięciu ramienia na-

stępujący zabieg: prowadzi cięcie od wyrostka kruczego w dół, długości około 6 cm, przez skórę, tłuszcz i powięź, tak, że dolny brzeg m. piersiowego znajduje się na wysokości dolnego końca cięcia. Wskazujący palec lewej ręki wprowadza pod mięsień i przecina go poprzecznie w odległości 2½ cm od miejsca przyczepu do ramienia. W ten sposób zostaje odsłonięta przednia część stawu. Po odciągnięciu naczyń i nerwów daje się z łatwością odsłonić przedni brzeg panewki bez nacinania torebki stawowej. Następnie dość grubym świdrem, na przednim brzegu panewki tworzy kanał, w który wbija transplantant kostny wzięty z piszczeli.

Końcowy wynik tego zabiegu jest zadawalający. Transplantat nie przeszkadza zupełnie w ruchach kończyny, owszem przeciwdziała wypadnięciu główki ramienia ku przodowi.

Po tygodniu zaczynają się ruchy w stawie łokciowym, po dwu tygodniach w stawie barkowym.

Zalety tego zabiegu:

1) Torebka stawawo nie musi być nacięta.

2) Transplantat kostny stanowi stałą przeszkodę przeciw wypadaniu główki.

3) Nie potrzeba żadnego przeszczepiania ścięgien, ani skracania tychże.

4) M. piersiowy zrasta się szybko bez następstw.

5) Czynność stawu wraca zupełnie i to w krótkim czasie.

6) Krótki i stosunkowo mało krwawy zabieg zmniejsza możliwość zakażenia.

J. Weeks: *Mięsak odbytnicy.* Mięsak odbytnicy jest bardzo rzadki. W piśmiennictwie znaleźć można zaledwie 100 przypadków. Objawy wrzodziejącego mięsaka odbytnicy różnią się nieco od raka. Ostatni rozpada się nieco szybciej, daje wcześniej kacheksję a przerzuty zajmują raczej drogi chłonne. Autor miał sposobność obserwować mięsaka u 40-letniego mężczyzny, dobrze odżywionego a cierpiącego na uporczywe krwawienie z odbytnicy i bóle przy oddawaniu stolca, (na wadze nie tracił).

Badanie odbytnicy wykazało na przedniej ścianie uszypułowany, miękki, łatwo krwawiący guz, który został usunięty przez przepalanie szypuły. Poczem chorego kilkakrotnie naświetlono..

Mimo to już po dwu miesiącach chory powrócił z objawami nawrotu, który znowu został doszczętnie wycięty. Nie stwierdzono nawet wtedy żadnych przerzutów.

Po dalszych trzech miesiącach wystąpiły liczne przerzuty do wątroby, płuc i skóry i chory zmarł w 7-ym miesiącu od czasu wystąpienia pierwszego objawu t. j. krwawienia z odbytnicy.

E. Churchil a. D. Mc Neil: *Zdolność życiowa po zabiegach.*

Ch. Gordon, J. Killian a. P. Klemperer: *Patogeneza żółtaczki.*

G. de Takats: *Znieczulenie trzewiowe.* Krytyczny przegląd teorji i praktycznego zastosowania tego sposobu.

D. Wilkie: *Leczenie złamań szyjki kości udowej.*

S. Judin: *Zabieg Baldwina celem operacyjnego tworzenia pochwy.*

Chirurgja kliniczna.

M. Kirschner: Technika otwartej redukcji złamań.

J. Sever: Położnicze porażenia.

N. Miller: Nowy sposób leczenia zupełnego wypadnięcia pochwy.

L. Bell: Rak odbytnicy i esicy.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Gruźlica.

E. r. Romberg: *O rozwoju gruźlicy płuc.* Berlin 1927. Zdawałoby się że jest rzeczą zbyteczną mówić o tem zagadnieniu po pracach Rankego. A jednak spostrzeżenia Romberga wysuwają je ponownie. Pozostając przy zasadniczym podziale Rankego, wypada sprawdzić, jak — mianowicie — powstaje z zespołu pierwotnego — okres trzeci, *phtisis isolata.* Jeszcze do niedawna powszechnie uczono, że suchoty płuc powstają w szczycie i szerzą się z góry ku dołowi. Szereg świeżych badań kwestjonuje ten pogląd. Moment zwrotny stanowi w tej dziedzinie poznanie zapaleń obwodowych *(inflammatio perifocalis);* poznanie, że istnieją nacieczenia swoiste wysiękowe, które niezawsze ulegają zserowaceniu, lecz mogą się rozejść; ich obecność wykrywa Roentgen, a o ich charakterze swoistym świadczy obecność laseczników Kocha w plwocinach.

Świeże zmiany tego typu bez jakichkolwiek innych (prócz blizny po zespole pierwotnym) zmian w płucach widujemy u ludzi młodych, umiejscowione pod obojczykiem, częściej prawym; ich zejście bywa dobre; bywa jednak tak, że stąd właśnie szerzą się w płucach, zmiany, dające obraz kliniczny suchot płucnych, prowadzących szybko do zgonu.

Wczesne trafne rozpoznanie jest wskazaniem do odmy sztucznej, szczególnie tam, gdzie zdołały już powstać jamy, t. zw. jamy wczesne.

Zmiany tak umiejscowione nazwano zmianami Assmanowskiemi. Autor jest zdania, że zmiany tego typu opisano po raz pierwszy w 1912 r. z kliniki w Tübindzie, za czasów jego kierownictwa tą kliniką.

Główną wartość tych spostrzeżeń stanowi fakt, że nacieczenia podobojczykowe, o ile stanowią początek suchot płucnych, dają rokowanie złe; że one właśnie stanowią najpotężniejsze wskazanie do zastosowania odmy piersiowej sztucznej; że — wreszcie jedyne pewne objawy djagnostyczne — najwcześniejsze — daje przyrząd Roentgena, przy czem ważniejsze tu jest umiejętne prześwietlanie, aniżeli zdjęcie płuca, ponieważ okresy wczesne dają na kliszy obraz zbyt nikły, wówczas, gdy prześwietlanie w tym samym czasie dokonane zdradza niedwuznacznie zmiany; wielką pomocą rozpoznawcza jest umiejscowienie charakterystyczne, mianowicie w okolicy pod zewnętrznem zakończeniem obojczyka (częściej prawego).

Jako przyczynę tych nacieczeń uważają (Redeker) t. zw. *infecto additionalis,* zakażenie dodatkowe; ale takie zapalenie okołoogniskowe powstać też może i endogennie.

Lydtin przypisuje i konstytucji rolę w powstawaniu cierpień tego charakteru *(diathesis lymphatica v. exsudativa).* Wreszcie, gra tu rolę allergja na zadziałanie różnych materji — w myśl teorji Storm van Leewene.

Przelotne nacieczenia zdarzają się w około starych ognisk gruźliczych. Np. po zastosowaniu tuberkuliny; np. po krwotokach płucnych, np. po naświetlaniach t. zw. sztucznem słońcem, np. po zapaleniu mieszkowem gardzieli — jako skutek zakażenia nieswoistego.

Zawsze należy pamiętać o tem, że te zapalenia wkoło-ogniskowe zachodzą zarówno w pierwszym, jak i w drugim, tak i w trzecim okresie Rankego. Przyczyn wyzwalających tę sprawę jest bardzo wiele. Nie należy mówić o *infiltratio secundaria,* tylko zawsze o *inflammatio perifocalis.*

Dla sprawy rozpoznania początku gruźlicy płucnej nie zrobiliśmy wszystkiego, jeśli zbadaliśmy tylko szczyty. W wielu przypadkach okres pierwszy suchot stanowią właśnie zapalenia wkołoogniskowe podobojczykowe. Tego umiejscowienia okres pierwszy stanowi szczególnie wdzięczne pole dla lecznictwa.

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 24 maja 1927 r.

Przewodniczący: Prezes prof. Br. Sawicki.

1. Kol. Higier. *Współistnienie sklerodermji z chorobą Reynauda* (pokaz przypadku). 30 letnia, dotąd zdrowa kobieta bez chorób w wywiadach, matka 2-ga dzieci, dotknięta jest od kilku lat sklerodermją, do której się przyłączyła w ostatnich latach choroba Reynauda we wszystkich 4-ch kończynach. 4 napady dotychczasowe były bardzo bolesne i cężkie, prowadziły poprzez *syncope locale i doigts morts* do *asphyxia et gangraena localis* ze znieczuleniami. Hipertonja obok *endarteritis obliterans art. dorsalis pedis et tibialis posticae.* Leczenie organoterapją i metodami fizykalnemi nie dało poprawy ani w rozwoju sklerodermji ani też choroby Reynauda. Współistnienie obu tych chorób nie należy do rzadkości; jeden z pierwszych zwrócił na nie uwagę Naynyn z Królewca.

2. Kol. Goebel Fr. i kol. Gnoiński H. *Przemiana cholesterynowa a układ siateczkowo-śródbłonkowy.*

Chcąc rozstrzygnąć, czy układ s. śr. stanowi magazyn dla cholesteryny, czy też bierze udział w jej wytwarzaniu, autorzy określali cholesterynę we krwi psów poddanych już to zablokowaniu układu s. śr. już to splenektomji, już to wreszcie jednemu i drugiemu zabiegowi. Wnioski: Układ s. śr. nie ma cech wyłącznie magazynu dla cholesteryny, lecz bierze czynny udział w jej gospodarce.

3. Kol. Sparrow H. *Uodparnianie przeciw durowi plamistemu.*

Autorka omawia prace swe, wykonane w Tunisie wraz z Nicolle'm. Po omówieniu historycznej strony zagadnienia, autor-

ka podaje wyniki uodparniania ludzi za pomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgu zakażonej świnki morskiej. Z referatu wynika, że za pomocą małych, stopniowo wzrastających dawek jodu, zawartego w zawiesinie mózgu świnki morskiej, możemy uodporniać ludzi przeciw durowi plamistemu.

Posiedzenie kliniczne w dniu 7. VI. 1927 r.

Przewodniczący: Prezes prof. Br. Sawicki.

I. Kol. Gluziński wygłosił wspomnienia pośmiertne o śp. Witoldzie Żurakowskim i Edmundzie Kurelli, członkach Towarzystwa. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

II. Wątroba a przemiana wodna ustroju.

Kol. Apfelbaum E. w obszernym odczycie omawia czynności wątroby wogóle. Autora więcej zajmuje t. zw. „zapora żylna wątroby" Arreya i Simonola. Badał on zachowanie się tej zapory po wstrzykiwaniu adrenaliny. Ta ostatnia według badań K. Apfelbauma zamyka zaporę t. j. zwęża naczynia wątrobowe. Trując psy fosforem autor stwierdził po podaniu im wody zgłębnikiem oraz dożylnie wybitne, dłużej trwające rozwodnienie krwi. Z tych badań K. Apfelbaum wnosi, że trucie fosforem zaburza wydzielanie hormonów wątrobowych, które utrzymują w równowadze uwodnienie ustroju.

W dyskusji kol. Węgierko wypowiada pogląd, że w stanach śpiączkowych wytwarzanie ciał acetonowych i wysuszanie ustroju łączy się z dobrym stanem wątroby. Poprawa stanu chorych pod wpływem insuliny i innych podobnych ciał idzie w parze z udowodnieniem ustroju, zmniejszeniem ilości ciał acetonowych i prawdopodobnie z osłabieniem czynności wątroby.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 czerwca 1927 r.

Przewodniczący: Prezes prof. Br. Sawicki.

1. Kol. Czubalski Fr. *Nowsze poglądy na funkcję nerek* (nie nadaje się do streszczenia).

2. Kol. Paszkiewicz L. *Zmiany anatomo-patologiczne w gruźlicy nerek* (nie nadaje się do streszczenia).

Posiedzenie kliniczne w dniu 28 czerwca 1927 r.

Przewodniczący: Prezes prof. Br. Sawicki.

1. Kol. Kiełkiewicz J. *Klinika gruźlicy nerki* (nie nadaje się do streszczenia).

2. Kol. Fryszman Al. *Demonstracja nerek gruźliczych* (materjał własny). (Nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusji: Kol. Tokarski roztrząsa pytanie, czy nerka jest pierwotnem ogniskiem gruźliczego zakażenia. Mówca jest zdania, że najczęściej obok gruźlicy nerki są i inne ogniska zakażenia. Jeśli zaś chodzi o to, który z narządów układu moczopłciowego wpierw się zakaża, to mówca opowiada się za teorją zakażenia zstępującego. Zdaniem mówcy jednostronne zajęcie nerki jest rzadkie, gdyż zwykle chorują obie nerki, tylko jedna z nich łagodniej. Po usunięciu bardziej chorej, lżej chora leczy się samoistnie dzięki przekrwieniu czynnościowemu. Mówca nie jest zwolennikiem płukania pęcherza w celach leczniczych.

Kol. Gluziński przypomina etapy rozwoju nauki o leczeniu gruźlicy nerek. W 1895 Albert wypowiedział zdanie, iż śród metod leczenia gruźlicy nerki wycięcie jej należy postawić na samym końcu. W 10 lat później Kasper stawia nefrektomję już na pierwszem miejscu. Według materjału, uzyskanego z przejrzenia 3.493 protokołów sekcyjnych, mówca wnioskuje, że na 313 przyp. tylko w 103 gruźlica występuje w jednej nerce. Jednak droga operacyjna jest najpewniejsza. Zmiany gruźlicze innych części przewodu moczopłciowego po usunięciu nerki zazwyczaj same ustępują.

Kol. Leśniowski na podstawie własnych spostrzeżeń jest zdania, że najczęściej proces idzie od piramid. Obserwacja chirurgów raczej przemawia za jednostronnym początkiem gruźlicy nerek (upośledzenie czynności tylko jednej nerki, niewygajalność zmian gruźliczych w nerkach...). Chorą nerkę należy usuwać jak najwcześniej. W rozpoznawaniu przewlekłych spraw chorobowych nerki gruźlicę zawsze należy brać pod uwagę.

Kol. Roguski podnosi wartość rozpoznawczą posiewów na pożywkach. Prątki dają się wykryć wcześniej niż przez szczepienie morświnkom i potrzeba ich mniej w zakażonym materjale, gdyż wystarczy 1 prątek, aby uzyskać kolonję.

Kol. Kryński kładzie nacisk na ból jako na objaw gruźlicy nerek.

Kol. Orłowski W. omawia wartość panujących w fizjologji teoryj o czynności nerki i stwierdza, że żadna z nich nie jest w stanie objaśnić czynności nerki w stanach patologicznych. Co do wykrywania prątków w moczu, to z pośród sposobów mówca szczególnie zaleca metodę szczepienia prątka w zmiażdżone gruczoły chłonne morświnki.

Kol. Świątopełk-Zawadzki podnosi fakt, że znalezienie prątka w moczu, który pozatem nie usuwa żadnych podejrzeń na gruźlicę nerki, nie wystarcza do ustalenia rozpoznania tbc. renis.

Kol. Fryszman kładzie nacisk na fakt, że bardzo drobne zmiany w nerce przyrody gruźliczej już wybitnie obniżają jej czynność. W obecności prątków w moczu obniżona czynność zawsze daje prawo rozpoznawać gruźlicę nerki.

Kol. Owczarewicz przestrzega przed omyłkami rozpoznawczemi w związku z b. smegmae, który można zdecydowanie odróżnić przez posianie go.

Kol. Paszkiewicz mówi o sposobach samowyleczenia nerki gruźliczej, i o sposobach zakażenia wstępującego.

Kol. Kiełkiewicz również omawia procesy samowyleczenia (wodonercze).

Sekretarz doroczny: *Klemens Gerner.*

LISTY DO REDAKCJI.

JWielmożny Panie Redaktorze!

Ponieważ w zestawieniu piśmiennictwa w pracy mej o transfuzji krwi nie uwzględniłem 2 prac polskich autorów, dlatego proszę o łaskawe umieszczenie w najbliższym numerze P. G. lek. następującego uzupełnienia:

W pracy mej p. t.: „Przetaczanie krwi w świetle doświadczeń klinicznych", (Pol. Gaz. lek. 1927, Nr. 50) przez przeoczenie nie uwzględniłem dwóch interesujących prac polskich autorów. Są nimi: Doc. Dr. Klejn: „Przetaczania krwi w niedokrwistości złośliwej", (Polska Gazeta lek. 1923, Nr. 48) oraz Dr. Adamowicz: „Metody i zastosowanie lecznicze przetaczania krwi na podstawie dotychczasowego doświadczenia w II-ej Klnice chorób wewn. U. J.", (Polskie Archiwum Medycyny wewnętrznej 1926, T. IV, z. 4).

Dr. W. Dobrzaniecki.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Rozstrzygnięcie Konkursu im. G. Piramowicza. Komitet Konkursu im. Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiek bądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w r. 1927, nie wyróżnił żadnej z prac, natomiast zgodnie z punktem drugim fundacji postanowił nagrodzić dwóch lekarzy, a mianowicie: dra Marjana Roszkowskiego i dr. Jadwigę Magnuszewską za wybitną działalność higjeniczno-szkolną, specjalnie za akcję przeciwgruźliczą w Lidze Szkolnej Przeciwgruźliczej na terenie szkół powszechnych m. Warszawy. Sąd Konkursowy stanowili: przewodniczący Komitetu — wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, dr. Kazimierz Zieliński, dr. Wł. Świątopełk Zawadzki, ofiarodawca Konkursu dr. Stanisław Kopczyński, delegat od Zarządu Stowarzyszenia nauczycieli szkół średnich i wyższych p. P. Sosnowski i delegatka od zarządu Związku nauczycielstwa szkół powszechnych p. A. Dargiełowa. Nagroda konkursowa w r. u. wyniosła 600 złotych.

Kraków.

XXIV Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 12, 13, 14 kwietnia 1928. Tematy programowe Zjazdu: 1) Nowotwory okrężnicy — referent prof. A. Leśniowski z Warszawy. 2) Skrzywienia wrodzone stopy — referent prof. Wierzejewski z Poznania. Pozatem jedno posiedzenie przeznaczone jest na wykłady i pokazy dowolne z różnych działów chirurgji. Zawiadamiając o tem Sz. Kol. prosimy najuprzejmiej o wzięcie udziału w Zjeździe i przyczynienie się do powodzenia tego święta Chirurgji Polskiej. Prezes: *Leon Kryński.* Sekretarz: *Tomasz Wiśniewski.* Tytuły wykładów, jak również zgłoszenia do rozpraw programowych, przesyłać należy pod adresem Prezesa Zarządu (Warszawa, ul. Smolna 15).

Walne Zebranie członków Krak. Koła Internistów Polskich wybrało na rok 1928 następujący zarząd: Prezes Prof. Dr. J. Latkowski, Zast. Prezesa: Prof. Dr. Tempka, Sekretarz: Dr. Siedlecki,

Skarbnik: Dr. Czapnicki, Komisja rewizyjna: Dr. Blassberg, Ppłk. Dr. Maciąg, Dr. M. Godlewski.

Podwyższenie taks w szpitalach małopolskich, podległych Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu we Lwowie od 1 stycznia 1928 r. przedstawia się następująco: I klasa: we Lwowie, Krakowie, Kulparkowie i Kobierzynie 14 zł, we wszystkich 38 szpitalach prowincjonalnych 12 zł; II klasa: we Lwowie i Krakowie 10.50 zł, w Kulparkowie i Kobierzynie 9.50 zł, we wszystkich 38 szpitalach prowincjonalnych 8 zł; III klasa: we Lwowie i Krakowie 5 zł, w Białej 4.40 zł, w Bóbrce, Bochni, Brzeżanach, Czortkowie, Dolinie, Kulparkowie, Kobierzynie, Lubaczowie, N. Targu, Podhajcach, Przemyślanach, Skałacie, Sokalu, Turce, Wadowicach i Żółkwi 4 zł, w Brodach, Jarosławiu, Jaśle, Tarnobrzegu i Żywcu 3.80 zł, w Gorlicach, Kałuszu i Śniatynie 3.70 zł, w Drohobyczu, Kołomyji, Kossowie, Krośnie, N. Sączu, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Zaleszczykach i Złoczowie 3.60 zł.

Dnia 22. grudnia 1927 r. zmarł Dr. Dawid Hirsch w 62 r. życia.

Poznań.

Na III Zjazd okulistów polskich, który odbędzie się w Poznaniu dnia 27, 28, 29 kwietnia 1928 roku zgłoszono następujące prace: Dr. Jan Ruszkowski: W sprawie leczenia krwotocznej jaskry urazowej. — Doc. Dr. Melanowski Wład.: 1) Operacja zaćmy w świetle własnego doświadczenia. 2) Kilka uwag w sprawie jaglicy. — Dr. Szwarc Adolf: O stosowaniu przesączów Besredki (bouillon vaccin) w chorobach oczu. — Dr. Wieczorek Antoni: 1) Wpływ płci i wieku na kościec narządu łzowego. — Dr. Koch Kowalikowa: Leczenie jaglicy Tracumin'em. — Dr. Zamenhof Adam: Mroczek błękitny krótkowzrocznych. — Dr. med. Miron Eljasberg: Operacja Irydektomji sposobem limboirydotomji. 2) Barwienia plam rogówki u naczyniowych sposobem Knappa. — Dr. Mieses Marja: Przyczynek do leczenia wrzodu postępującego (Ulcus serpens). — Dr. A. Gramowicz Ignacy i F. Grossman: 1) O zmianach fizykochemicznych cieczy wodnej i ciałka szklistego pod wpływem insuliny. 2) Dr. Abramowicz o zmianach oka przy cukrzycy w świetle badań współczesnych. — Dr. Naróg Franciszek: 1) Dwa rzadkie przypadki jaskry zapalnej = 1) przy ciąży, 2) przedwczesnej. Demonstracje: a) pokaz fotografji przypadku wrodzonej zaćmy okołojądrowej u ojca i syna z wrodzonem opadnięciem powieki, b) zaćma punkcikowa przy heterochromie tęczówki (rysunek z lampy szczelinowej), c) zaćma żelazowa (rysunki z lampy szczelinowej), d) pierścień Kaizer-Fleischera przy pseudosklerozie (rysunek z lampy szczelinowej), e) zapalenie pęcherzykowe rogówki z zaburzeniem odżywczem nabłonka (Keratitis butlosa et dystrophia epithelialis corneae), (rysunek z lampy szczelinowej). — Dr. Gorfein M.: Myśli o chorobie Tay-Sachs'a z uwzględnieniem czynnika dziedziczności, jako wybitnie etjologicznego. 2) Przypadek Sclero-Perikeratitis Tuberculosa z pomyślnem zejściem. 3) Przypadek Athetozy powikłany zajęciem mięśni ocznych. 4) Zmiany na dnie oczu przy Mongoliźmie. — Dr. Orłowska: O przygotowawczych zabiegach przed operacją zaćmy oraz o wynikach operacji dokonanej na materjale kliniki ocznej U. P.

Z kraju.

Z Uniwersytetów polskich. Dr. Karol Stojanowski, st. asystent katedry anatomji i kierownik pracowni antropometrycznej Studjum Wych. Fiz., otrzymał *veniam legendi* z zakresu antropologji na Wydziale humanistycznym Uniwersytetu Poznańskiego.

Prof. E. Piasecki powrócił z trzymiesięcznej podróży naukowej, dokonanej na polecenie Sekcji Higjeny Ligi Narodów. Prócz obfitego plonu dla tejże Sekcji, podróż ta dała sposobność nawiązania lub wzmocnienia stosunków naukowych, tak dla Studjum W. F. Uniw. Pozn., jak dla czasopisma Wychow. fiz.

Wydział lekarski Uniw. Warszawskiego powziął uchwałę o powołanie do życia zawiązku studjum lekarskiego z zakresu wychowania fizycznego. Przy katedrze fizjologji, którą kieruje prof. dr. Czubalski, stworzono specjalną asystenturę dla badań nad fizjologją ćwiczeń cielesnych, zaś przy katedrze Orłowskiego — II klinika chorób wewnętrznych — powołano asystenturę dla badań wpływu ćwiczeń cielesnych na ustrój człowieka.

Utworzenie powyższych asystentur powstało przy pomocy Państw. Urzędu Wych. Fizycznego. Witamy ten krok wszechnicy stołecznej z najżywszą radością.

Studenci i studentki obu naszych Studjów W. F. (przy Uniw. Poznańskim i Krakowskim), korzystając z wyjątkowo dobrych warunków atmosferycznych, spędzają ferje Bożego Narodzenia na kursie narciarskim w Zakopanem.

Sprawa nowego budynku dla Studjum W. F. Uniw. Pozn. postępuje dalej naprzód. Umowa, zawarta w dniu 5 sierpnia ub. r. między Gminą miasta Poznania a Państwowym Urzędem W. F. i P. W. (mocą której Gmina ofiaruje na ten cel teren 4 ha, i połowę kosztów budowy, obliczonych na jeden miljon, Rząd zaś drugą połowę; całość ma być gotowa na czas Wystawy Krajowej 1929 roku), została zatwierdzona przez Magistrat m. Poznania.

Ze świata.

Polonica w prasie zagranicznej. *Revue de l'Education Physique* przynosi w numerze gwiazdkowym odczyt prof. Piaseckiego, wygłoszony na prośbę belgijskiej Ligi wychowania fizycznego w Brukseli.

Dziennik fiński *Helsingin Sanomat* powraca, w artykule lektora Suomela'i, do akcji Ligi Narodów w sprawie wychowania fizycznego, przywiązując wielkie nadzieje do misji prof. Piaseckiego.

Niezwykle żywe echo tejże misji widzimy w prasie Francji południowej. Wizyta wysłannika Ligi Narodów w ośrodku tamtejszym, stworzonym przez dr. Ph. Tissié, wywołała szereg artykułów, tak prasy codziennej, jak i organu *Revue des Jeux Scolaires et d'Hygiène Sociale.*

Przyznanie nagród honorowych lekarzom. Nagroda Nobla za rok 1926/27 została przyznaną Dr. Janowi Wydziału Lekarskiego w Kopenhadze, znanemu autorowi licznych prac o raku.

Akademja nauk w Paryżu przyznała nagrodę honorową (50.000 franków) Dr. Aleksandrowi Yersin, Dyrektorowi Instytutu Pasteura w Nha Trang (Annam).

Dr. Yersin, ur. w Szwajcarji, jest wynalazcą serum przeciwko dżumie.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonem w numerze 51-szym Polsk. Gaz. Lek. z r. 1927 na stronicy 1035 sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego wydrukowano w szpalcie pierwszej wiersz 11 od góry mylnie „wytyczne" zamiast „wyłącznie", w wierszu zaś 27-ym od dołu zamiast „colectomię" wydrukowano mylnie „cycolestomie".

Redakcja otrzymała.

Elkner i Słonimski: „Sur le tissu conjenctif de la crête do coq adulte". Odb. z „Bulletin d'histologie, appliqué a la physiologie a la pathologie". Tom IV, Nr. 7, 1927.

Pamiętnik Jubileuszu 25-letniego Towarzystwa lekarskiego Częstochowskiego 1901 — 1926.

W. Świda: „Przestępstwo zarażenia chorobą weneryczną w polskich projektach kodeksu karnego". Warszawa 1927.

A. Starzyński: „Stan sanitarny m. Łodzi". Odb. z pamiętnika VI Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Łodzi. Łódź 1927.

Wł. Mikułowski: „Przyczynek do walki z symulacją gruźlicy w medycynie wojskowej". Warszawa 1927.

Wł. Mikułowski: „Ostra postać posocznicy zgorzeli płuc u dziecka". Odb. z Nowin lekarskich, rocznik XXXIX, zeszyt 11. z r. 1927.

Wł. Mikułowski: „Lecznicze zastosowanie tlenu w klinice dziecka". Odb. z Nowin lekarskich, rocznik XXXIX, zeszyt 22, z r. 1927.

Wł. Mikułowski: „O potrzebach pedjatrji polskiej". Odb. z Nowin lekarskich, rocznik XXXIX, zeszyt 17—19, z r. 1927.

Wł. Mikułowski: „Au sujet de l'encéphalite post-vaccinale" Odb. z Revue française de pédiatrie. Tom III, Nr. 5, 1927.

A. Gosset: Traveux de la clinique chirurgicale et du centre anticancéreux de la Salpêtrière. Masson et Cie. Paris 1927.

G. H. Roger - F. Widal - P. J. Teissier: Neuveau Traité de médecne. Fascicule XXI, Pathologie du systéme nerveux. Masson et Cie. 1927.

S. Glykman: „Akonyja dychatelnych putej" i naukowo-badawcze wskazania do zakładana sanatorjów. Dniepropietrowsk 1927.

Wydawnictwa: „Die Chirurgie", tom IV, 2 część wychodzącego pod redakcją prof. Kirschnera i O. Nordmanna, nakładem firmy Urban et Schwarzenberg Wien 1927 zawiera: W. lohn: Die Chirurgie der Lungenerkrankungen i A. Schubert: Die Chirurgie des Brustkorbes.

E. Bruner: „Rozwój finsenoterapji". Odb. z Polskiego przeglądu radjologicznego. Tom II, zeszyt 3, z roku 1927.